

Levering av hjemmetjenester som et kontraktsproblem

Stine Bråthen Løken



Masteroppgave ved Økonomisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2014

Levering av hjemmetjenester som et kontraktsproblem

Copyright Stine Bråthen Løken

2014

Levering av hjemmetjenester som et kontraktsproblem.

Stine Bråthen Løken

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Kommunenes tilbud av pleie- og omsorgstjenester vil møte store utfordringer i nær fremtid først og fremst i møte med de store fødselskullene fra etterkrigstiden som vil nå pensjonsalder. En økt brukermasse vil kreve at man utnytter de ressurser som kommunene har til rådighet på en effektiv måte, samtidig som man opprettholder kvaliteten i tjenestene som tilbys. I lys av dette, tar jeg i denne oppgaven for meg valget mellom offentlig og privat utfører ved levering av hjemmetjenester og de medfølgende kontraktsproblemene.

Analysen tar utgangspunkt i Hart m.fl. (1997) sitt kontraktsteoretiske rammeverk og belyser de ulike insentivene de forskjellige utførermodellene vil ha i utførelsen av hjemmetjenester. Privat utfører vil generelt ha et sterkere insentiv enn offentlig utfører til å foreta de to endringene som antas at er mulige å gjennomføre; redusere kostnadene ved tjenesteutførelsen og forbedre kvaliteten i tjenestene. Problemet er at en kostnadsbesparelse vil medføre negative konsekvenser for kvaliteten i tjenestene. Hvorvidt det er optimalt å foreta disse endringene vil derfor avhenge av hvor store konsekvenser de medfører. Dersom kvalitetsreduksjonen er stor vil den offentlige utførerens svake insentiver til å gjennomføre endringene være optimalt.

Selv om den faktiske organiseringen av hjemmetjenester varierer mye mellom ulike kommuner, er det felles for kommunene at tildelingen av hjemmetjenester foregår ved en behovsprøvd vedtaksordning som inngår i bestillerrollen. Dette vil innsnevre utførernes muligheter til å gjennomføre kvalitetsreducerende kostnadsbesparelser. Det er i all hovedsak lite rom for utførerne å foreta endringer i tjenesteutførelsen som vil påvirke selv utførelsen av tjenestene overfor den enkelte bruker. I den forbindelse presenterer jeg fritt brukervalg som en mulig løsningsprofil for valg av utfører ved hjemmetjenester. Brukervalgsordningen stimulerer til konkurranse om brukerne mellom både offentlig og private utførere. Grunnet vedtaksordningen for tildeling av hjemmetjenester for brukerne har utførerne kun mulighet til å konkurrere på kvaliteten de leverer til brukerne og ikke på pris, da den vil være bestemt av brukernes vedtak om hjemmetjenester. Erfaringer fra Oslo kommune, som er den kommunene i Norge som har lengst og bredest erfaring med ordningen, viser at fritt brukervalg har ført til bedre kvalitet i hjemmetjenestene både for offentlig og private utfører. Samtidig informerer kommunene at brukervalgsordningen ikke har ført til økte kostnader.

Forord

Denne oppgaven markerer slutten på min studietid ved Økonomisk Institutt ved Universitetet i Oslo (UiO). Det har vært en givende prosess der jeg har fått skrive om et tema som jeg finner svært interessant. Jeg vil gjerne takke min veileder, Tore Nilssen, for god og konstruktiv kritikk i prosessen.

Jeg vil også gjerne takke min kjæreste Ole for god støtte både gjennom studiet og masteroppgaveskriving. Jeg er spesielt takknemlig for mamma som har bidratt med mye nyttig informasjon om hjemmetjenester i Oslo og korrekturlesing av oppgaven. Anders Vollen fra NHO Service har vært svært hjelpsom i prosessen og gitt meg mye relevant informasjon om temaet.

Videre vil jeg gjerne takke min gode studievenninne Nejra, for mange fine studieår sammen med delt frustrasjon og glede, lange lunsjer og godt vennskap.

I skriveprosessen har det vært nødvendig for meg å sette meg inn i hvordan hjemmetjenestene er organisert i kommunene. Jeg har derfor lest mye litteratur som ikke er direkte benyttet i oppgaven, men som danner bakgrunnsstoffet for mye av det jeg skriver. Jeg har derfor valgt å samle denne litteraturen under ”annen litteratur” etter referanselisten.

Enkelte lesere kan ha glede av å lese Borchgrevink (2003) som er en masteroppgave i samfunnsøkonomi på et beslektet tema.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Kommunenes tilbud av hjemmetjenester	2
2.1	Norge og Skandinavia	3
2.2	Omsorgstjenestenes brukermasse	3
2.3	Hjemmetjenestene	4
2.3.1	Kommuneforskjeller	5
2.4	Fremtidens utfordringer	7
3	En modell for valg av utfører	9
3.1	Modellens forutsetninger	9
3.1.1	Grunnleggende antakelser:	14
3.1.2	Første-beste løsning av modellen:	17
3.2	Handlingsforløp.....	17
3.3	Modellens løsning når det ikke er mulig å reforhandle basiskontrakten	18
3.3.1	Ved privat utfører	18
3.3.2	Ved offentlig utfører	18
3.4	Modellens løsning når det er mulig å reforhandle basiskontrakten	20
3.4.1	Privat utfører	20
3.4.2	Offentlig utfører	21
3.4.3	Sammenlikning av utfallet ved privat og offentlig utfører når det er mulig å reforhandle basiskontrakten	22
4	Modellens relevans for levering av hjemmetjenester	26
4.1	Problematiske antakelser/parametere	29
4.1.1	Bestilleren sin mulighet til å si opp en offentlig utfører.....	29
4.1.2	En modell uten konkurranse mellom utførere.....	31
4.1.3	Kan hjemmetjenestene omsettes i et marked?.....	32
4.2	Byråkratens rolle som bestiller	33
4.2.1	Byråkratens rolle i tjenestetildelingen	34
4.2.2	Brukervedtakenes prisregulerende funksjon	35
4.2.3	Byråkratens nøytralitet i valg av utfører	35
4.3	Mulighetene til å reforhandle basiskontrakten	36
4.4	Omfanget av mulige innovasjoner	37
4.4.1	Kostnadsinnovasjon	39
4.4.2	Kvalitetsinnovasjon.....	42
4.5	Fritt brukervalg som en mulig løsning	43
4.5.1	Fordeler	45
4.5.2	Ulemper	46
4.5.3	Fritt brukervalg i Oslo kommune	46
4.5.4	Sammenfatning av fritt brukervalg i Oslo	49
5	Oppsummering og konklusjon.....	50
	Referanseliste	52

1 Innledning

Et av de mest polariserte spørsmålene inne pleie- og omsorgssektoren har de siste årene dreid seg om balansen mellom offentlig og private utførere av omsorgstjenester. Norsk politikk deler seg hovedsakelig i to, der den typiske venstresiden mener at offentlige tjenester skal utføres av en offentlig utfører, mens den tradisjonelle høyresiden argumenterer for en større innsats av private aktører på dette markedet. Tradisjonelt har vi hatt at oppgaver som det offentlige er ansvarlig for å finansiere og tilby, også utføres av det offentlige selv. De senere årene har vi derimot fått en dreining i retning av å åpne opp for at offentlige tjenester kan utføres av private utførere. Noen sektorer er mer kontroversielle enn andre og fører med seg en mer opphetet debatt omkring spørsmålet om private utførere. Overskrifter som ”bestemor på anbud” har versert i media, og debatten har ofte vært preget av prinsipielle holdninger. Pleie- og omsorgssektoren står overfor vesentlige endringer og møter store utfordringer i fremtiden forbundet med en endring i den demografiske sammensetningen i befolkningen. De store fødselskullene fra etterkrigstiden blir eldre, samtidig vil antall sysselsatte reduseres og vi kan forvente en nedgang i petroleumsinntektene. Mange har rettet søkelyset på at offentlig sektor må finne nye og alternative organiseringsmåter for å kunne utnytte de resursene de har til rådighet på en bedre og mer effektiv måte. Hjemmetjenestene har tidligere vokst frem i det kommunale pleie- og omsorgstilbudet som et resultat av nettopp dette; en strammere kommuneøkonomi i kombinasjon med et økende antall personer i behov av pleie- og omsorgstjenester. Når vi nå står overfor nye utfordringer i fremtiden, hvordan bør kommunene da organisere disse tjenestene?

I denne oppgaven vil jeg forsøke å belyse noe av denne problematikken ved å analysere henholdsvis offentlig og privat utfører av hjemmetjenester i den kommunale sektoren. Ved hjelp av et kontraktsteoretisk rammeverk, presentert av Hart m.fl. (1997) i en artikkel som analyserer utførerspørsmålet ved driften av fengsler i USA, vil jeg belyse de ulike utførermodellene for levering av hjemmetjenester. Hovedfokuset hos forfatterne er rettet mot eierskapsspørsmålet ved offentlig og privat utfører og de begrunner forskjellen i de økonomiske insentivene i ulike eierskapsstrukturer ved en offentlig og privat utførermodell. Er dette premisser som er overførbare til utførerdebatten ved levering av hjemmetjenester?

2 Kommunenes tilbud av hjemmetjenester

Denne oppgaven dreier seg om utførerspørsmålet for levering av hjemmetjenester.

Hjemmetjenestene er en del av det kommunale tilbudet av pleie- og omsorgstjenester, en sektor som stadig er i endring og utvikling. Før den norske velferdsstaten ble tilstrekkelig utviklet, var det familien og fattigforsorgen som hadde hovedansvaret for å yte omsorg og pleie til voksne mennesker med bistandsbehov. Med lov om sosial omsorg fra 1964 falt denne juridiske byrden på familien bort, og staten overtok ansvaret for å yte pleie- og omsorgstjenester til mennesker med behov for dette. De senere årene har det skjedd en viderefordeling og desentralisering av dette juridiske ansvaret for å yte omsorgstjenester. Ansvarsbyrden har flyttet seg fra stat og fylkeskommune, og ut til et lavere forvaltningsnivå hos hver enkelt kommune. Med denne utviklingen har kommunene etter hvert fått et mer helhetlig ansvar for det totale tilbudet av pleie- og omsorgstjenester, og også et friere spillerom til å organisere disse tjenestene innenfor hver enkelt kommune. Samtidig har staten strammet inn antall resurser som kommunene har til rådighet i organiseringen av tilbudet av omsorgstjenester. Dette førte til at mange kommuner utover 1990-tallet valgte å nedprioritere utbyggingen av institusjonsplasser til fordel på en økt satsing på alternative og rimeligere løsninger. Hjemmetjenestene ble tatt mer intensivt i bruk og det ble i stor grad prioritert å satse på og bygge ut disse tjenestene fremfor å utvide tilbudet av institusjonsplasser innenfor kommunene (Gautun og Hermansen, 2011). Samtidig som kommunene måtte satse på rimeligere og alternative løsninger til et institusjonstilbud, har det utover 80- og 90-tallet blitt et stadig større politisk fokus på at eldre skal ha mulighet til å motta hjelp og pleie i deres eget hjem fremfor på en institusjon. I dag er det en bred politisk enighet om at ikke bare eldre, men også andre aldergrupper som har et omfattende bistandsbehov, skal ha mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig. En følge av dette er at vi de siste årene har sett en vridning innen pleie- og omsorgssektoren. Den har utviklet seg fra å ha et statlig hovedfokus på å yte institusjonsbasert omsorg til eldre, til et kommunalt fokus på å yte hjemmebaserte omsorgen til et bredt spekter av aldersgrupper (Gautun og Hermansen, 2011). Med denne utviklingen har sykehjemmene endret funksjon fra å være under statens ansvarsområde, til å være en del av kommunens tilbud av pleie- og omsorgstjenester. Den institusjonsbaserte omsorgen har derfor gått fra å dreie seg om langtidsopphold for eldre pleietrengende, til å i større grad være en behandlingsinstitusjon med grad av rehabilitering, korttidsopphold og opptrening (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Innen pleie- og omsorgssektoren har det de siste årene vært

et stadig større fokus på vekst og fornyelse, effektivisering og kvalitetsarbeid. Med tanke på de utfordringene sektoren vil møte i fremtiden er det nødvendig å finne løsninger som kan bidra til mer effektiv organisering av tjenestene, som samtidig ikke går utover kvaliteten. Det er av stor betydning å vurdere kapasiteten til tjenestene og hvor godt utrustet de er til å takle fremtidens omsorgsutfordringer.

I dag utgjør pleie- og omsorgstjenestene om lag 30 prosent av kommunenes samlede driftsutgifter (SSB, 2013). Disse fordeles omtrent 50/50 mellom institusjon- og hjemmetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Etter at kommunene overtok driften av sykehjemmene for om lag 25 år siden, har det skjedd en kraftig vekst både i antall brukere av omsorgstjenester og det har skjedd en fordobling i antall årsverk innen sektoren. Det meste av denne fordoblingen har foregått i hjemmetjenestene.

2.1 Norge og Skandinavia

Utviklingen av sektoren i Norge har i stor grad skjedd i samsvar med utviklingen i andre skandinaviske land. Pleie- og omsorgssektoren i de skandinaviske landene kjennetegnes ved at det offentlige har hovedansvaret for å yte omsorg til pleietrengende. Familien er en viktig støttespiller og et ledd i det offentlige tilbudet av omsorgstjenester, men har ikke et lovforpliktet ansvar for å yte omsorg. Danmark har i større grad enn de andre skandinaviske landene satset på et utvidet tilbud av hjemmetjenester. De senere årene har dette derimot vært et satsningsområde i både Norge og Sverige. Både Danmark og Sverige har kommet en del lengre enn Norge i å inkludere ulike former for markedsmekanismer innen helsesektoren generelt, også innen organiseringen av kommunenes tilbud av hjemmetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

2.2 Omsorgstjenestenes brukermasse

Kommunene har i dag ansvaret for utbyggingen, organiseringen og utformingen av et forsvarlig og godt tilbud av pleie- og omsorgstjenester til kommunens innbyggere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Sektoren består av et omfattende tilbud til brukergrupper på tvers av aldersgrupper, bistandsbehov, diagnoser og funksjonsgrad, og gir tjenester gjennom hele livsløpet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). De siste årene har sektoren utviklet seg fra å i all hovedsak dreie seg om eldreomsorg, til å i dag være et tilbud til brukere i alle aldre med et mangfold av lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Av det totale

antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester er om lag 37 prosent av mottakerne under pensjonsalder (under 67 år) (SSB 2013). Det har de siste årene vært en særlig tilvekst av denne yngre brukergruppen av tjenestene. Dette har ført til at nesten alle nye ressurser som er satt inn i omsorgssektoren de siste årene har gått med til å dekke tjenestebehovet til det stadig økende antallet av yngre brukere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Kommunenes tilbud av pleie- og omsorgstjenester er altså ikke kun et tilbud for den eldre delen av befolkningen. De eldste brukerne innen sektoren er overrepresentert når det kommer til langtidsopphold på sykehjem. Hoveddelen av brukerne av institusjonsbaserte tjenester er over 80 år og har et omfattende pleiebehov. Kun 1 prosent av beboerne på sykehjem er under 50 år (SSB, 2013).

2.3 Hjemmetjenestene

Syv av ti mottakere av pleie- og omsorgstjenester mottar tjenestene i sitt eget hjem eller i kommunale omsorgsboliger (SSB, 2013). Hjemmetjenestene deles opp i praktisk bistand og hjemmesykepleie. Praktisk bistand innebærer praktisk hjelp i hjemmet til rengjøring, lage mat m.m. og kan også omfatte egenomsorg og praktisk stell, men her eksisterer det en flytende overgang mellom praktisk bistand og hjemmesykepleie. Hjemmesykepleie omfatter tjenester som stiller høyere krav til faglighet og innebærer blant annet medisinerings, sårstell og andre oppgaver som krever en sykepleiefaglig kompetanse for å utføre. Vedtak om tildeling av hjemmetjenester avgjøres av kommunen etter en behovsvurdering av brukerens bistandsbehov. For å få innvilget hjemmetjenester må søkerens alminnelige funksjonsevne være så redusert at det kan forekomme alvorlige konsekvenser dersom personen ikke får tildelt hjemmetjenester (KS, 2011). Vedtaksordningen for tildelingen av hjemmetjenester vil bli nærmere forklart i kapittel 4.2.1.

Mottakerne av hjemmetjenester må betale en egenandel for praktisk bistand, mens hjemmesykepleietjenestene er gratis i alle norske kommuner. Egenandelen er innført dels for å bidra til en finansiering av tjenestene og dels for å bidra til en effektiv ressursutnyttelse. Det er viktig at kommunene ikke setter egenandelen for høyt, slik at det virker avskrekkende for potensielle brukere å søke om å motta praktisk bistand (Gautun og Hermansen, 2011).

Også i brukermassen av hjemmetjenester varierer brukernes alder, pleiebehov og sykdomsforløp. Hjemmetjenestene står f.eks. for et tilbud av tjenester til brukere med somatiske

lidelser, psykiske lidelser, utviklingshemninger og rusproblemer. De siste årene har tjenestene blitt mer konsentrert rundt de mest resurskrevende brukerne. Den langsiktige trenden har derfor vært at stadig flere brukere mottar hjemmesykepleie, mens det er færre som kun mottar praktisk bistand. Til tross for at andelen eldre i befolkningen generelt har økt de siste årene, har den største veksten i tjenestetilbudet av hjemmetjenester skjedd i aldersgruppen under 67 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I 2012 var 37 prosent av det totale antall brukere av hjemmetjenester under 67 år. De yngre brukerne har ofte et omfattende bistandsbehov, og mottar for det meste hjemmesykepleie (SSB, 2013). Antall eldre brukere av hjemmetjenester har holdt seg relativt stabilt de siste årene. Samtidig har antall eldre i befolkningen generelt økt. Dette har ført til at dekningsgraden av hjemmetjenestene er blitt redusert fra 19,4 i 1990 til 15,9 i 2012 (SSB, 2012). Den store tilveksten av yngre brukere av hjemmetjenestene har sammenheng med en rekke reformer som har innlemmet stadig flere brukergrupper i kommunens ansvarsområde. HVPU-reformen inkluderte om lag 5000 mennesker med psykisk utviklingshemming i det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. En følge av dette er at en stor del av de yngre mottakerne av hjemmetjenester er utviklingshemmet (Romøren, 2007). Totalt antall mottakere av hjemmetjenester har økt noe de siste årene og det meste av denne økningen er i form av mottakere av hjemmesykepleie.

Samtidig som hjemmetjenestene har økt både i omfang og i antall brukere og stadig skal yte omsorg til brukere med nytt og mer omfattende bistandsbehov, har tjenestene fått et høyere utgiftsnivå enn de institusjonsbaserte tjenestene. Dette er hovedsakelig på grunn av den store tilveksten av yngre brukere av hjemmetjenestene, samt et samlet fokus på at eldre skal bo lengre i sitt eget hjem. Analyser viser at kommunene generelt sett prioriterer hjemmetjenestene over den institusjonsbaserte omsorgen, og at ekstra pengetilskudd til sektoren stort sett tilfaller hjemmetjenestene fremfor institusjonene (Gautun og Hermansen, 2011).

2.3.1 Kommuneforskjeller

Norges mange kommuner har svært ulike forutsetninger for å tilby hjemmetjenester. Forskjeller i befolkningstetthet, alderssammensetning og generell kommuneøkonomi vil påvirke kostnadene av å levere hjemmetjenester i kommuner med ulik geografisk og demografisk sammensetting. Et spredt bosettingsmønster og lange reiseavstander er naturlige

kostnadsdrivere for levering av hjemmetjenester og utgjør en utfordring ikke bare for hjemmetjenestene, men også for andre kommunale sektorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). Det er stordriftsfordeler forbundet med driften av hjemmetjenester, som vil tilsi at jo større andel av markedet en utfører har, desto mer lønnsomt er det for han å levere hjemmetjenester. Mange private utførere er avhengig av å komme opp i en viss brukermasse for å få økonomien til å gå rundt. En kommune med store avstander mellom brukerne vil kreve en større ressursinnsats for utførerne, enn en kommune med en tettere befolkningsstruktur. I kommuner med en spredt bosetningsstruktur kan derfor den institusjonsbaserte omsorgen utgjøre en bedre ressursutnyttelse fremfor en satsning på hjemmebasert omsorg. Det kan derfor være forskjeller mellom kommuner på hvor godt utbygget hjemmetjenestene faktisk er. Mye tyder på at pleie- og omsorgstjenester er tjenester med en høy inntektselastisitet. Kommuner med et høyt inntektsnivå har et større tilbud av tjenester innen sektoren, enn kommuner med lavere inntekter. Dette innebærer at dekningsgraden, i form av tilbud sammenlignet med antall eldre og standarden på tilbudet, målt i pleiepersonell pr. bruker, vil variere systematisk med kommunens inntektsnivå (Gautun og Hermansen, 2011). Staten opererer derfor med utgiftsutjevninger for å fange opp variasjoner i innbyggernes behov for kommunale tjenester og ulikheter i hva det koster kommunen å tilby disse tjenestene. Prinsippet er at kommunene skal bli kompensert for ufrivillige og ukontrollerbare kostnadsulempet i tjenesteproduksjonen av pleie- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

Øien (2013) påpeker at kommuner har ulike insentiver til å satse på henholdsvis tilbud av institusjonsbasert omsorg som sykehjemsplasser og hjemmebasert omsorg, avhengig av inntektsnivået på kommunens brukere av omsorgstjenester. Han analyserer hvorvidt kommuner som har en høy andel av eldre med et relativt høyt inntektsnivå har et sterkere insentiv til å satse på sykehjemsplasser fremfor hjemmetjenester. Dette kommer av at staten finansierer deler av tilbudet av hjemmetjenester, mens kommunen selv står for finansieringen av den institusjonsbaserte omsorgen. Kommunen vil derfor velge den tjenesteprofilen som er mest kostbar for deres vedkomne. Brukere av sykehjemstjenester vil betale en andel av deres finansielle formue og inntekt, og eldre med en høy formue/inntekt vil derfor utgjøre en større ”inntektskilde” for kommunen enn hva eldre med en lavere inntekt/formue vil. Øien finner at, i likhet med hva jeg har presentert over, kommuner med en høy inntekt vil ha en høyere dekningsgrad av institusjonsbaserte omsorgstjenester til kommunens innbyggere. Funnene til Øien (2013) peker på at kommunens finansielle insentiver vil påvirker tilbudet av

sykehjemsplasser og hjemmetjenester innenfor kommunen. Kommunenes tilbud av omsorgstjenester vil derfor påvirkes av deres finansielle insentiver til å flytte kostnadsbyrden over på staten.

Selv om det er store forskjeller i det kommunale tilbudet av pleie- og omsorgstjenester, har de fleste kommuner en tjenesteprofil som kjennetegnes av en utbredt satsing på et tilbud av hjemmetjenester. Analyser viser at de kommunene som har satset på hjemmetjenester fremfor institusjonsbasert pleie, har en høyere dekningsgrad av pleie- og omsorgstilbud til kommunens innbyggere. Jo mer en kommune har valgt å satse på hjemmetjenester fremfor for eksempel sykehjemsplasser, desto flere av kommunens innbygger vil motta omsorgstjenester totalt (Hjelmekrekke m.fl., 2011).

2.4 Fremtidens utfordringer

Omsorgstjenestene står overfor krevende utfordringer de neste tiårene. Antall eldre vil øke, nye brukergrupper vil vokse frem og det vil bli en knapphet på helse- og sosialfaglig personell, samt at vi kan forvente en nedgang i antall frivillige omsorgsytere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Aldersbæreevnene i år 2000 var 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre innbygger. I 2030 er dette ventet å være 3,5, mens aldersbæreevnen er ventet å bli redusert til 2,9 i år 2050. Dette byr på utfordringer både i personellsektoren og for velferdsutviklingen, og vil utgjøre en vesentlig konsekvens for fremtidens økonomiske bæreevne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). De fleste framskrivninger og spådommer om utviklingen av pleie- og omsorgstjenesten de neste årene tyder på at morgendagens brukere vil være flere, de vil være i alle aldersgrupper og de vil ha et mer sammensatt pleiebehov enn tidligere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Mye av veksten i antall brukere av morgendagens omsorg er en kombinasjon av at de store fødselskullene fra etterkrigstiden blir eldre og at levealderen ventes å øke. I følge SSB sitt mellomalternativ av befolkningsframskrivninger vil gruppen eldre omtrent fordobles frem mot 2040, og vokse til omtrent 1,4 millioner mennesker. Selv lavalternativet forventer en betydelig vekst i antall eldre i denne perioden. Omtrent en halv million av den forventede veksten i antall eldre skyldes at de store fødselskullene fra etterkrigstiden kommer i pensjonsalder. Fremtidens eldre vil også stille større krav til omsorgstjenestene og ha mer ressurser enn tidligere generasjoner (SSB, 2013).

Kravet til en mer effektiv ressursutnyttelse øker. Selv om tilbudet av tjenestene har gjennomgått store endringer de siste årene og i dag er en del av et velfungerende system, vil ikke dette tilsi at sektoren er klar til å ta imot og yte tjenester til morgendagens eldregenerasjon (se bl.a. Helse- og omsorgsdepartementet, 2013 og SSB, 2013). Helse- og omsorgsdepartementet viser til at de løsningene man fant for å løse utfordringene med en aldrende befolkning for 20-50 år siden, ikke vil være robust til å møte utfordringene denne sektoren vil møte i fremtiden. De peker på at forsøk på å fremskrive den ventede utviklingen i brukermassen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene gjennom å videre bygge ut dagens system i den samme veksttakten som har forekommet de senere årene, vil føre til at vi havner i en ”umulig situasjon om noen tiår” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Hvor omfattende skal de offentlige omsorgstjenestene være i fremtiden? Kan man forvente at de offentlige pleie- og omsorgstjenestene skal holde tritt med veksten i antall eldre, og samtidig heve standarden i de offentlig finansierte tjenestene slik at tilbudet holder tritt med forbrukernes krav til tilbud og kvalitet? Norge må være forberedt på at oljeinntektene vil reduseres i fremtiden, samtidig som vi vet at antall eldre vil vokse raskt.

Pensjonsutbetalingene vil dermed øke og uten dagens nivå av petroleumsinntekter vil bærekraften for en sterk offentlig sektor være begrenset (Arbeids- og administrasjonsdepartementet, 2000). Det kan være et paradoks dersom Norge både øker de offentlige pensjonene og samtidig subsidierer de offentlige velferdstjenestene rettet mot de eldre. De siste tiårene har det private markedet for kjøp og salg av omsorgstjenester opplevd en sterk vekst. Private utførere leverer stort sett hjemmetjenester gjennom en kommunal brukervalgsordning, og tilbyr tilleggstjenester som det kommunale tilbudet ikke dekker. Dette dreier seg både om medisinske tjenester og praktisk hjelp, men også tjenester som sosialt samvær for ensomme eldre. Familiemedlemmer kan henvende seg til firmaer som leverer slike tjenester og etterspørre eksempelvis følge og skyss til tannlege eller lege. Undersøkelser viser at fremtidens eldre i stor grad er villig til å kjøpe tjenester som de kommunale hjemmetjenestene ikke dekker. Etterspørselen etter private hjemmetjenester som ikke er subsidierte av staten og fremveksten av private firmaer som tilbyr disse tjenestene, belyser spørsmålet om hvor omfattende den fremtidige norske velferdsstaten skal være (Bogen, 2011).

3 En modell for valg av utfører

Modellen jeg vil presentere, er utarbeidet av Hart m.fl. (1997) og ble publisert i artikkelen ”The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons”. Som tittelen antyder ble modellen brukt til å analysere driften av fengsler i USA. Jeg vil her forsøke å bruke den samme modellen på driften av hjemmetjenester i Norge.

Det eksisterer få artikler som analyserer konkurranseeksponering av offentlig sektor med utgangspunkt i et modellteoretisk rammeverk. Økonomisk teori peker ofte i retning av at konkurranseeksponering i stor grad medfører et positivt resultat. Gevinsten oppstår ved at kostnadene reduseres og det konkluderes også med at kvaliteten på tjenestene kan øke som en følge av konkurranseeksponering. Dette viser seg å være særlig gjeldende for tjenester som er relativt enkle å kontraktsfeste. De fleste helsetjenester, hjemmetjenester inkludert, består derimot av oppgaver som er vanskelig å nedfelle i en kontrakt mellom en bestiller og en utfører. Oppgavene er varierende og avhenger av brukernes behov, som igjen kan variere fra dag til dag. Hjemmetjenestene består også av elementer som er vanskelige å måle, og som derfor er vanskelig å definere i en kontrakt. Dette er særlig gjeldende for kvaliteten på tjenestene som leveres. Spørsmålet om hvordan man skal måle kvalitet, har i lengre tid vært gjenstand for debatt innen det norske helsevesenet. Hvordan kan man kontraktsfeste kvalitet når det ikke er enighet om hvordan man skal måle det?

Når er det optimalt at det offentlige produserer tjenesten selv, og når er det optimalt at det offentlige ansetter private aktører på kontrakt for å produsere tjenesten? Dette er sentrale spørsmålet som modellen jeg presenterer, ved hjelp av et kontraktsteoretisk rammeverk, forsøker å analysere. Modellen gir videre en forklaring på hvorfor en offentlig tjeneste utført av private aktører ofte er billigere enn dersom det offentlige selv skal produsere tjenesten. Modellen forsøker også å belyse hvorfor dette kan føre til både bedre og dårligere kvalitet.

3.1 Modellens forutsetninger

Hart m.fl. (1997) presenterer en relativt enkel modell for valg av utfører for levering av en tjeneste. Det inngås en kontrakt mellom to parter, en bestiller og en utfører. Kontrakten dreier seg om produksjonen, eller utførelsen, av en offentlig finansiert tjeneste som konsumentene

ikke kan kjøpe direkte i et marked, men som kun tilbys gjennom, og av, det offentlige. Tjenestene er i så måte et velferdsgode og finansieres ved hjelp av skatteinntekter. Det offentlige har det juridiske ansvaret for tjenesten som skal produseres. Vi kan tenke oss at en politiker eller en byråkrat representerer det offentlige og er ansvarlig for at tjenesten er tilgjengelig for alle som er i behov av den. I artikkelen til Hart m.fl. (1997) gjelder dette driften av et fengsel, men vi kan også tenke oss at tjenesten er tilbud av skoler eller som denne oppgaven fokuserer på, levering av hjemmetjenester. Byråkraten har to valg når det gjelder hvordan tjenesten skal produseres; han kan velge mellom offentlig eller privat utfører. Dersom byråkraten velger en offentlig utfører, vil han ansette arbeidere og inngå en arbeidskontrakt som spesifiserer hva utførers jobb vil være. Offentlig utfører vil altså være en offentlig ansatt som vil få lønn etter spesifisert produksjon av tjenesten i arbeidskontrakten mellom offentlig utfører og bestiller. Byråkraten kan alternativt velge at utfører skal være privat og vil i dette tilfelle inngå en kontrakt med en privat bedriftsleder. Bedriftslederen vil igjen ansette egne arbeidere og inngå en arbeidskontrakt med disse der det spesifiseres hva jobben deres går ut på. Uavhengig av om utføreren er en offentlig ansatt eller en privat bedriftsleder, vil bestilleren av tjenesten i begge tilfeller være det offentlige (representert av byråkraten).

Dersom bestiller og utfører kan inngå en fullstendig kontrakt seg imellom vil tjenesten som produseres være uavhengig av om utfører er en offentlig ansatt eller en privat bedriftsleder. Dette kommer av at alle hendelser som kan tenkes å inntreffe i forbindelse med produksjonen av tjenesten, er definert og inngår i kontrakten mellom partene. Kontrakten tillater derfor ikke et uspesifisert handlingsrom for utføreren og offentlig og privat utfører vil således produsere den samme tjenesten. En analyse av hvorvidt utfører skal være privat eller offentlig vil derfor i dette tilfellet ikke føre noe med seg.

I virkeligheten vil det derimot alltid være hendelser som man ikke kan forutse og som dermed ikke vil være en del av kontrakten mellom bestiller og utfører. Det vil både være ekstremt kostbart og tidkrevende å skulle formalisere alle mulige aspekter ved en tjenesteproduksjon, og i de fleste tilfeller også umulig å forutse, og dermed konkretisere, alle utfall som kan inntreffe. Kontrakten mellom byråkraten og utføreren vil derfor være ufullstendig og med dette også tillate et uspesifisert handlingsrom for offentlig og privat utfører. Dette innebærer at man kan få to ulike tjenesteproduksjoner av de to utførerne og følgelig også en interessant analyse av hvilken utførermodeell som er optimal. Et av problemene ved å inngå en kontrakt

mellom bestiller og utfører er å definere kvaliteten på tjenestene som skal leveres. Det er ofte vanskelig å måle kvalitet, da det som regel er en subjektiv oppfattelse om kvaliteten er god nok eller ikke. Det er dermed vanskelig for byråkraten å formulere kvalitetskrav i kontrakten med utfører, som igjen kan verifiseres av en utenforstående tredjepart. Hart m.fl. (1997) fokuserer på at en domstol ikke vil kunne verifisere utførers innsats og dermed ikke kunne avgjøre hvorvidt utførerens innsatsnivå kan anses som et brudd på kontrakten. Det er derfor ikke mulig å spesifisere et gitt innsatsnivå som utføreren skal ilegge utførelsen av tjenesten.

Produksjonen av tjenesten under en fullstendig kontrakt vil dermed fungere mer som et teoretisk referansepunkt for utfallet av tjenesteproduksjon med ufullstendige kontrakter. Det finnes aspekter ved tjenesteproduksjonen som, uansett utfører, ikke kan observeres eller verifiseres og med dette heller ikke inngå i en kontrakt. Byråkraten vil derfor stå overfor de samme problemene når det kommer til motivering av ulike insentiver hos både offentlig og privat utfører, som vil by på de samme problemene med *moral hazard* og *adverse selection*. For å vurdere fordelene og ulempene ved å velge privat utfører fremfor en offentlig utfører må vi derfor analysere en situasjon der kontrakten mellom bestiller og utfører er ufullstendig.

Analysen av valg av utfører baseres på at når bestiller og utfører inngår ufullstendige kontrakter, vil den fundamentale forskjellen mellom utførerne dreie seg om hvem som har de residuale kontrollrettighetene knyttet til tjenesteproduksjonen. En gevinst ved en privat utfører er dermed ikke knyttet direkte til konkurranseaspektet ved å ha flere private tilbydere som konkurrerer seg i mellom for å få rollen som utfører. Hart m.fl. (1997) hevder at det er mulig å få til en konkurranse mellom ulike tilbydere innenfor offentlig sektor, uten at man åpner markedet for private aktører. Videre argumenterer de for at det, innenfor mange sektorer, ikke vil eksistere et bærekraftig marked for at mange ulike utførere kan tilby de samme tjenestene. Ved å åpne opp markedet for konkurranse mellom flere tilbydere kan man derfor risikere at det kun vil være én reell privat utfører som alternativ til den offentlige utføreren. Analysen tar derfor utgangspunkt i at hovedforskjellen i utfallet ved offentlig og privat utfører dreier seg om hvem som eier de residuale kontrollrettighetene over tjenesteproduksjonen i de to utførermodellene. Men dette menes det hvem som eier de ikke-humane midlene, eller kapitalvarene, som brukes i tjenesteproduksjonen. Eieren av kapitalvarene vil dermed også ha bestemmelsesretten til å avgjøre de aspekter ved tjenesteproduksjonen som ikke er spesifisert i kontrakten med bestilleren. En eventuell økonomisk gevinst som følger av en effektiv drevet tjenesteproduksjon, vil tilfalle eieren av

de residuale kontrollrettighetene. Forfatterne av artikkelen bruker det kontraktsteoretiske rammeverket til å analysere driften av fengsler. I dette tilfellet trekker de frem at den som har de residuale kontrollrettigheten vil være den som eier selve fengselsbygningen. Ved levering av hjemmetjenester er det ingen bygningsmasse som er direkte knyttet til tjenesteproduksjonen, da denne foregår i brukerens eget hjem. Vi kan derimot tenke oss at den som har kontrollrettighetene vil eie de fremkomstmidlene som er nødvendig for å forflytte seg fra bruker til bruker. Dette blir diskutert mer i kapittel 4.

Hart m.fl. (1997) antar at utføreren av tjenesten har mulighet til å investere tid og energi til å gjennomføre to typer innovasjoner som vil påvirke produksjonen av tjenesten. Det er ikke mulig for partene å inkludere disse innovasjonene i kontrakten ex ante. Utfører kan gjennomføre en kvalitetsinnovasjon som vil føre til at kvaliteten på tjenestene øker. Eller han kan gjennomføre en kostnadsinnovasjon som vil redusere kostnadene av å produsere tjenesten. Vi antar at en kostnadsinnovasjon vil innebære uønskede konsekvenser for kvaliteten på tjenestene.

Utførers innovasjonsinnsatser er ikke-verifiserbare og det er derfor ikke mulig å kontraktsfeste de to innovasjonstypene ex ante. Utføreren kan derfor velge å gjennomføre innovasjonene uten at dette kan anses som et kontraktsbrudd. Men både en kvalitets- og en kostnadsinnovasjon vil innebære at man må endre måten man bruker kapitalvaren i produksjonen av tjenesten. Som jeg har vært inne på tidligere, vil den som har kontrollrettighetene bestemme over det handlingsrommet som ikke er spesifisert i kontrakten. Gjennomføringen av en innovasjon må derfor godkjennes av den som eier kapitalvaren, og som dermed har rett til å avgjøre hvorvidt man skal endre måten de ikke-humane midlene blir utnyttet i produksjonen av tjenesten. Det er dermed den som har de residuale kontrollrettighetene som har myndigheten til å bestemme det som ikke er konkretisert i kontrakten mellom bestiller og utfører. Utførers insentiv til å gjennomføre innovasjonene vil derfor variere og avhenge av, hvem som har kontrollen over kapitalvaren.

Det offentlige har de residuale kontrollrettighetene

Når det offentlige eier kapitalvaren vil utføreren være en offentlig ansatt. Vi kan tenke oss at byråkraten, som fungerer som bestiller av tjenesten, også vil ha kontrollrettighetene over kapitalvarene. For å gjennomføre en kvalitet- eller en kostnadsinnovasjon, må byråkraten godkjenne de endringene dette medfører i måten kapitalvaren brukes på. Utføreren står derfor

ikke fritt til å foreta en innovasjon dersom han ser muligheten til dette, da innovasjonen må klargjøres med eieren av kontrollrettighetene til produksjonen av tjenesten. I og med at innovasjonen må klargjøres med bestilleren i forkant, må utføreren dele den gevinsten som en innovasjon vil medføre, med bestilleren og eieren av kontrollrettighetene. Utføreren vil selv kun motta en viss andel av denne innovasjonsgevinsten, mens resten vil tilfalle bestilleren.

Hart m.fl. (1997) vektlegger også at når utføreren er en offentlig ansatt, vil byråkraten ha mulighet til å si opp utføreren og ansette en ny. Det er dermed en grense for hvor stor andel av innovasjonsgevinsten som det er effektivt for bestilleren å dele med utføreren. Etter en viss andelsstørrelse vil det være mer lønnsomt å avslutte ansettelsesforholdet med den første offentlige utføreren, og ansette en ny.¹

Et privat firma har de residuale kontrollrettighetene

En privat bedriftsleder vil i dette tilfellet ha rollen som både utfører og innehaver av de residuale kontrollrettighetene. Det offentlige vil fortsatt være bestiller av tjenesten. Dette innebærer at den private utføreren kan implementere de endringene som er nødvendige for å gjennomføre en kvalitet- eller kostnadsinnovasjon, uten at dette trenger å godkjennes av det offentlige. Kapitalvaren eies av den private bedriftslederen, og det er derfor han som har myndighet til å avgjøre hvorvidt en kvalitets- eller kostnadsinnovasjon skal gjennomføres. Innovasjonsgevinsten vil derfor tilfalle den private bedriftslederen. Men en kvalitetsinnovasjon vil føre til at både kvaliteten og kostnadene knyttet til tjenesteproduksjonen øker. Da innovasjonen ikke er en del av basiskontrakten mellom bestiller og utfører, vil ikke den private utføreren automatisk bli kompensert for de økte utgiften knyttet til kvalitetsinnovasjonen. Prisen på tjenesten vil være den samme som den var før innovasjonen ble gjennomført. For at utføreren skal få kompensasjon, i form av en høyere pris på tjenesten, må han reforhandle kontrakten med byråkraten. Dette medfører at han må dele innovasjonsgevinsten med bestilleren. Kostnadsinnovasjonen vil på den annen side, innebære reduserte kostnader for den private bedriftslederen. Da han fortsatt vil motta den prisen for tjenesten som er omtalt i basiskontrakten og kan gjennomføre innovasjonene uten å klarere dette med byråkraten, vil hele gevinsten av en kostnadsinnovasjon tilfalle bedriftslederen.

¹ Bestillers mulighet til å si opp en offentlig utfører uten en verifiserbar grunn er en stor svakhet ved artikkelen til Hart m.fl. og vil ikke være en reell mulighet innen norsk sektor. Dette er temaer jeg diskuterer senere i

Dette innebærer at en privat utfører generelt vil ha sterkere insentiver til å gjennomføre begge type innovasjoner, da han vil motta hele, eller deler av, innovasjonsgevinsten. Offentlig utfører må, i begge innovasjonstilfeller, få godkjent endringene av bestilleren, og vil derfor kun motta en andel av innovasjonsgevinsten. Siden den private utføreren selv mottar hele gevinsten ved en kostnadsinnovasjon, men må dele gevinsten ved en kvalitetsinnovasjon, vil han generelt ha et sterkere insentiv til å gjennomføre kostnadsinnovasjonen. Han vil ignorere de uønskede konsekvensene dette har for kvaliteten på tjenestene. Forskjellen i de to utførernes insentiver ligger altså i hvem som har de residuale kontrollrettighetene.

3.1.1 Grunnleggende antakelser:

Bestiller, G , og utfører, M , inngår en kontrakt om utførelse av et gode, eller en tjeneste. Kontrakten mellom dem har et relativt langsiktig perspektiv, slik at utføreren kan høste de positive virkningene av en eventuell innovasjon. Vi omtaler tjenesten som beskrives i basiskontrakten mellom bestiller og utfører, som basistjenesten. Vi antar at byråkraten, som fungerer som bestiller av tjenesten, fullt ut representerer samfunnets interesser. Det vil derfor ikke være noe problem med at byråkraten, som et resultat av egoistiske beslutninger, velger en utfører som ikke er optimalt for samfunnet. Slik unngår vi problemer med at byråkraten er korrupt eller handler ut ifra selviske intensjoner. En korrupt byråkrat vil ikke være særlig reelt i en norsk setting, da korrupsjon ikke kan sies å være et problem i Norge. Antakelsen om at byråkraten representerer samfunnets interesser virker derfor logisk i denne settingen. Jeg vil komme nærmere inn på problematikken rundt byråkrats intensjoner senere i oppgaven. Prisen på basistjenesten som omtales i kontrakten er P_0 . Denne prisen har to ulike tolkninger, avhengig av hvem som er tjenesteutfører. Dersom en utfører er en offentlig ansatt og tjenesten således produseres av det offentlige selv, vil P_0 angi lønnen til den offentlig ansatte. Basistjenesten i kontrakten kan da anses som en del av utførers jobbeskrivelse (og han vil ikke få betalt dersom han ikke produserer tjenesten). Dersom utfører er en privat aktør, vil P_0 være prisen den private utføreren mottar for leveringen av basistjenesten.

G og M kan forutse og konkretisere enkelte forutsetninger og krav ved produksjonen av tjenesten, men kan altså ikke skrive en fullstendig kontrakt. Det er ikke mulig for de to partene å kontraktsfeste utførers innovasjonsinnsats ex ante. Det er derfor rom for å foreta modifikasjoner av basistjenesten som omtales i basiskontrakten. Resultatet av innovasjonene som er mulig å gjennomføre, kaller vi det modifiserte godet. Endringene av basistjenesten vil

være tydelige ex post, slik at partene kan revurdere kontrakten når det er klart hvilket handlingsrom basiskontrakten tillater.

Det modifiserte godet, eller den modifiserte tjenesten, vil medføre en nytte til samfunnet lik B . Hart m.fl. (1997) tenker på B som den nytte det gir et samfunn å ha et fengsel som er veldrevet, med få konflikter og god helse blant de innsatte. For hjemmetjenestene kan vi tenke på B som den nytten det utgjør at pleietrengende får hjelp og omsorg i sitt eget hjem, fremfor på en institusjon. Dette innebærer en gevinst for samfunnet i form av at man slipper å etablere dyre sykehjemsplasser, og en nytte for mottakerne av hjemmetjenester av at de kan bo hjemme fremfor å oppholde seg på et sykehjem. Dette vil være stort hos yngre pleietrengende. Det er også mulig å tenke på B som kvaliteten på tjenestene. Samfunnsnyttien, B , kan ikke måles direkte eller verifiseres, men forfatterne antar at vi kan representere B i form av et pengebeløp. Vi uttrykker utførers kostnader av å produsere tjenestene gjennom C .

Utføreren kan, gjennom sin innovasjonsinnsats, påvirke og manipulere nivåene på samfunnsnyttien, B , og kostnaden, C , av produksjonen av det modifiserte godet. Ved å gjennomføre en kostnadsinnovasjon vil utføreren redusere C , men kostnadsreduksjonen vil generelt også redusere B . På samme måte vil en kvalitetsinnovasjon øke B , men generelt også føre til at C øker. Vi kan definere følgende sammenhenger mellom basistjenesten, samfunnsnytte av basis- og modifisert tjeneste og kostnader knyttet til den modifiserte tjenesten og utførers innovasjonsinnsats:

Kvalitetssiden av utførelsen av tjenesten:

$$B = B_0 - b(e) + \beta(i)$$

Kostnadssiden av utførelsen av tjenesten:

$$C = C_0 - c(e),$$

der e og i angir innsatsen for utføreren i henholdsvis en kostnads- og en kvalitetsinnovasjon. $c(e)$ uttrykker reduksjonen i kostnadene som følger av en kostnadsinnovasjon med innsatsnivå lik e fra utfører. C_0 er det kontraktsfestede kostnadsnivået i basiskontrakten. En kostnadsinnovasjon vil altså redusere kostnadene av å utføre den modifiserte tjenesten. $b(e)$ angir reduksjonen i kvalitet som en kostnadsinnovasjon vil medføre og uttrykker dermed at

kostnadsinnovasjonen påvirker B negativt. $\beta(i)$ angir kvalitetsøkningen som følger av en kvalitetsinnovasjon. Funksjonen b spiller en viktig rolle i denne modellfremstillingen da den måler hvor mye kvaliteten reduseres som følge av en kostnadsreduksjon. Funksjonen representerer dermed hovedpoenget som kritikere av konkurranseeksponering av offentlig sektor fokuserer på.

Det forutsettes videre at både $c(e)$ og $\beta(i)$ er stigende og konkave funksjoner, mens $b(e)$ også er stigende, men konveks. Alle funksjonene har startpunkt i origo, dvs. $b(0) = 0$ osv. Det antas videre at $c' - b' \geq 0$, $\beta' > 0$, som sier at reduksjonen i kvaliteten som følger av en kostnadsinnovasjon vil være mindre enn selve kostnadsreduksjonen.

For å få utførers totale kostnader, må vi ha med hans totale innovasjonsinnsatser *ex ante* ($e + i$). Dette legges til kostnaden av å produsere den modifiserte tjenesten. Vi kan dermed definere utførers totale kostnader som:

$$C + e + i = C_0 - c(e) + e + i,$$

En viktig antagelse som gjøres, er at begge typer innovasjoner kan utføres uten at dette medfører et brudd på kontrakten. Selv om innovasjonene fører til en endring i kvaliteten på tjenesten, er basiskontrakten ufullstendig nok til at en gjennomførelse av innovasjonene ikke innebærer kontraktsbrudd.

Videre antas det at i , e , b og c er observerbare, men ikke mulig å verifisere, og dermed ikke kan tallfestes i en kontrakt. G s gevinst og M s kostnader er også observerbare, men heller ikke disse er verifiserbare, ei heller mulig å overføre. Dette utelukker mulighet for å dele kostnader og gevinster.

Når utføreren er en offentlig ansatt har bestilleren mulighet til å si opp og reansette en ny utfører (M). Denne antagelsen er ikke veldig realistisk for en kontrakt mellom bestiller og utfører i Norge. Jeg vil diskutere dette videre i min anvendelse av modellen i levering av hjemmetjenester. Det antas videre rasjonelle aktører og at det på kort sikt ikke finnes substitutter for tjenesten.

3.1.2 Første-beste løsning av modellen:

Vi ser først på første-beste løsning av modellen, da denne brukes som et referansepunkt for de videre løsningene. I første-beste løsning antar vi at innovasjonsinnsatsene, e og i , er verifiserbare og dermed kan inngå i en kontrakt mellom bestiller og utfører. Partene kan derfor inngå en fullstendig kontrakt. Bestiller og utfører vil velge innovasjonsinnsats slik at overskuddet av forholdet mellom dem er maksimert og dele overskuddet ved hjelp av lump-sum overføringer. Maksimeringsproblemet kan formuleres slik:

$$\max_{i, e} \{ -b(e) + c(e) + \beta(i) - e - i \}$$

og har en unik løsning, karakterisert av førsteordensbetingelsene:

$$\begin{aligned} -b'(e^*) + c'(e^*) &= 1, \\ \beta'(i^*) &= 1. \end{aligned}$$

I den samfunnsøkonomisk optimale løsningen vil samfunnets gevinst av å bruke én mer innsatsenhet på å redusere kostnadene tilsvare den marginale kostnaden av den ekstra innsatsenheten. Tilsvarende betingelse finner vi for en kvalitetsforbedring. I optimum vil vi altså ha at marginal innovasjonskostnad tilsvare marginal innovasjonsgevinst. I begge tilfeller er marginal innovasjonskostnad normalisert til 1.

3.2 Handlingsforløp

Bestiller vil velge eierskapsstruktur og inngå kontrakt med utfører. Utfører vil så velge innovasjonsinnsatser, i og e . Hvis det ikke er mulig for partene å reforhandle kontrakten vil utfører produsere tjenesten, men handlingsforløpet vil fortone seg noe annerledes dersom partene har mulighet til å reforhandle basiskontrakten. Bestiller og utfører kan oppnå en gjensidig gevinst av å gjennomføre en reforhandling når det er klart hvilke handlingsrom den ufullstendige kontrakten tillater i produksjonen av godet. Reforhandlingen vil dreie seg om gevinstene som innovasjonene medfører for bestiller og utføre. Dette innebærer blant annet en mulighet for utfører til å få kompensasjon for en kvalitetsinnovasjon. Det vil derfor alltid forekomme en reforhandling av kontrakten dersom dette er mulig. Jeg vil likevel gi en kort representasjon av modellens løsning når det ikke er mulig å reforhandle kontrakten, da dette også er et viktig referansepunkt for den videre løsningen av modellen.

3.3 Modellens løsning når det ikke er mulig å reforhandle basiskontrakten

Gjennomførelsen av begge typer innovasjoner må godkjennes av den parten som eier de residuale kontrollrettighetene. Ved offentlig utfører vil dette være det offentlige, ved privat utfører vil dette være en privat bedriftsleder.

3.3.1 Ved privat utfører

En privat bedriftsleder vil eie residualrettighetene og utfører (M) kan gjennomføre innovasjon uten at dette godkjennes av bestiller (G). Problemet er at det ikke er i utførers interesse å gjennomføre en kvalitetsinnovasjon uten at bestiller lover en kompensasjon for innsatsen dette krever. Dette vil innebære en reforhandling av kontrakten, noe som i dette tilfellet ikke er mulig. Resultatet er at en kvalitetsinnovasjon ikke vil bli gjennomført av privat utfører. Privat utfører vil derimot ønske å foreta en kostnadsinnovasjon, da dette vil øke gevinsten og kan gjennomføres uten en reforhandling av kontrakten.

3.3.2 Ved offentlig utfører

Utfører vil være en offentlig ansatt, og for at en innovasjonstype kan gjennomføres må dette godkjennes av bestiller. Utføreren i seg selv vil ikke ha noen private insentiver til å gjennomføre noen form for innovasjon, da han vil motta den samme lønnen for tjenesteutførelsen. Hart m. fl. (1997) antar at bestilleren har mulighet til å si opp den første offentlige utføreren, og at dette dermed muliggjør en gjennomførelse av innovasjonene også ved offentlig utfører. Muligheten til at man kan miste jobben vil fungere som en trussel i seg selv, men dette utelukker ikke at bestilleren vil gjennomføre oppsigelsen. Byråkraten trenger ingen verifiserbar grunn for å avslutte ansettelsesforholdet med den første utføreren og erstatte han med en ny. Men det vil innebære en redusert innovasjonsgevinst fordi vi antar at en andel av innovasjonsgjennomførelsen er avhengig av at innovasjonen gjennomføres av den utføreren som først initierte den. Vi kan tenke på dette som at det er en utførerspesifikk innovasjonskunnskap knyttet til innovasjonsgjennomførelsen, og som vil gå tapt dersom bestilleren velger å si opp den spesifikke utføreren. En andel av innovasjonsgevinsten, uttrykt ved λ , vil derfor gå tapt, og bestilleren vil få en redusert innovasjonsgevinst av reansettelsen. Bestilleren kan da gjennomføre en andel, $0 \leq 1-\lambda \leq 1$, av innovasjonsgevinsten $[-b(e) + c(e) + \beta(i)]$ uten den initielle utføreren.

Bestilleren vil ikke ha denne muligheten til å overstyre innovasjonsinnsatsen til en privat utfører. Dersom han sier opp ansettelsesforholdet med den private utføreren, vil den private bedriftslederen kunne forhindre at en innovasjon blir gjennomført. Dette kommer av at det er den private bedriftslederen som eier de residuale kontrollrettighetene, og som dermed har myndigheten til å avgjøre hvorvidt de endringene en innovasjon medfører, skal gjennomføres. Ved offentlig utfører vil bestilleren selv ha denne myndigheten, og kan derfor gjennomføre innovasjonen uten den initielle utføreren.

Parameteren λ krever en ytterligere spesifisering. Vi kan tenke oss at λ representerer spillerrommet som det offentlige har overfor den offentlig ansatte utføreren. En viss andel av innovasjonene er implementert i utførerens humankapital, slik at en andel av gevinsten av en innovasjon vil være direkte knyttet til den spesifikke utførerens medvirkning i innovasjonen. Dersom den offentlige bestilleren sier opp utføreren, vil denne andelen, λ , av gevinsten gå tapt. Bestilleren kan da ansette en ny utfører og realisere $(1 - \lambda)$ av gevinsten som innovasjonen, initiert av den første offentlige utføreren, medfører. Når $\lambda=1$, vil den offentlige bestillerens spillerom være tilnærmet null, og utføreren vil være umulig å erstatte. Dersom bestilleren likevel velger å avslutte ansettelsesforholdet med utføreren, vil hele innovasjonsgevinsten gå tapt. Utfører kan derfor kreve samme andel av innovasjonsgevinsten som en privat utfører. λ måler i så måte hvor sterke insentiver den offentlige ansatte har til å gjennomføre en kvalitet- eller kostnadsinnovasjon. Dersom det ikke medfører noen kostnad for bestilleren å reansette offentlig utfører, slik at vi har $\lambda = 0$, vil tjenestene som den offentlige utføreren leverer tilsvare den samfunnsøkonomisk optimale løsningen av modellen, den første-beste løsningen.

I lys av dette kan vi tenke på λ som et uttrykk for hvor trygg jobben til den offentlige utføreren er, eller hvor lett det er å gi han sparken. I tilfellet der $\lambda=1$, vil han være trygg i jobben sin og det vil være umulig for bestilleren å si han opp. Vi vil få motsatt resultat når $\lambda=0$, da vil utførers jobb være meget utrygg og han kan risikere å miste jobben uten videre. Dette vil bli nærmere diskutert i kapittel 4. En videre diskusjon av modellens løsning når partene kan reforhandle kontrakten, vil kun være interessant for tilfeller der $\lambda > 0$.

Uten mulighet til å reforhandle kontrakten, vil det med en offentlig utfører bli gjennomført begge type innovasjoner. Dette vil derimot innebære en redusert innovasjonsgevinst, i from

av $(1 - \lambda)$. Den private utføreren vil ikke motta kompensasjon for de økte kostnadene som en kvalitetsinnovasjon medfører, da han ikke har mulighet til å reforhandle kontrakten for å få en høyere pris for tjenesten, og vil derfor ikke ha insentiv til å gjennomføre denne type innovasjon. Når partene ikke kan reforhandle kontrakten er det derfor bare den offentlige utføreren som vil gjennomføre en kvalitetsinnovasjon, og vil derfor også levere tjenesten med høyest kvalitet. Kostnadsinnovasjonen vil gjennomføres av begge utførerne, men fordi det under offentlig utfører vil innebære en redusert gevinst, vil kostnadene alltid være lavest under privat utfører.

3.4 Modellens løsning når det er mulig å reforhandle basiskontrakten

Dersom det innebærer en kostnad å erstatte offentlig utfører, vil det være mulig å oppnå en gjensidig gevinst av å reforhandle kontrakten mellom bestiller og utfører. Gevinsten forekommer i form av at det er mulig å gjennomføre en ytterligere innovasjon ved å reforhandle kontrakten. Dette vil gi gevinst til både bestiller og utfører og de vil dele overskuddet likt mellom seg. Det er med dette rom for en paretoforbedring, og begge parter vil dermed ønske å reforhandle kontrakten. Reforhandling vil dermed gjennomføres dersom det er mulig.

Partene vil ønske å reforhandle kontrakten når de innser virkningene av potensielle kvalitetsforbedringer og kostnadsreduksjoner som basiskontrakten gir rom for. Gevinsten av reforhandlingen blir delt likt mellom bestiller og utfører. Partenes utbytte når det ikke er mulig å reforhandle kontrakter, vil derfor påvirke det endelige utbyttet for bestiller og utfører.

3.4.1 Privat utfører

I diskusjonen over har vi stadfestet at når utfører er privat, vil han gjennomføre en kostnadsinnovasjon, uansett om det er mulig å reforhandle basiskontrakten eller ikke. Reforhandlingen av kontrakten vil derfor dreie seg om å gjennomføre en kvalitetsinnovasjon. I reforhandlingssituasjonen antar vi symmetrisk informasjon om utføreres innsats i kvalitetsinnovasjonen, i . Gevinsten av en reforhandling av kontrakten vil være økningen i kvaliteten som følger av at kvalitetsinnovasjonen blir gjennomført, $\beta(i)$. Dette deles 50:50 mellom bestiller og utfører. Partene sin nytte kan uttrykkes:

$$U_G = B_0 - P_0 + \frac{1}{2}\beta(i) - b(e)$$

$$U_M = P_0 - C_0 + \frac{1}{2}\beta(i) + c(e) - e - i.$$

Den private bedriftslederen kan gjennomføre en kostnadsinnovasjon uten at dette klareres med bestiller på forhånd. Det er dermed byråkraten som må bære konsekvensene en gjennomført kostnadsinnovasjon har på kvaliteten i tjenesten. Utfører vil velge de nivåer av e og i som maksimerer hans andel av gevinsten av reforhandlingen av kontrakten, minus kostnadene av innovasjonsinnsatsene:

$$\text{Max}_{i,e} \{ \frac{1}{2}\beta(i) + c(e) - e - i \}$$

Maksimeringsproblemet til privat utfører gir følgende førsteordensbetingelser:

$$c'(e_M) = 1$$

$$\frac{1}{2}\beta'(i_M) = 1$$

Vi ser at modellens løsning ved privat utfører medfører vridninger bort fra første-beste løsning. Den ene vridningen skjer i form av at privat utfører vil ignorere de konsekvensene som en kostnadsinnovasjon har på kvaliteten i tjenestene, og dermed overdrive den sosiale gevinsten denne innovasjonen medfører. Den andre vridningen kommer av at privat utfører må forhandle med byråkraten for å få kompensasjon for, og dermed gjennomføre, en kvalitetsinnovasjon. Dette innebærer at utfører kun vil motta halvparten av gevinsten en kvalitetsinnovasjon medfører, noe som vil redusere utførers insentiv til å gjennomføre denne typen innovasjon. Privat utfører vil altså ha *for* svake insentiver til å gjennomføre en kvalitetsinnovasjon, mens hans insentiver til å gjennomføre kostnadsinnovasjon vil være *for* sterke.

3.4.2 Offentlig utfører

Når utfører er en offentlig ansatt medfører dette at bestiller kan reansette utføreren. Begge innovasjonstyper vil derfor gjennomføres, selv uten mulighet til å reforhandle kontrakten. Det vil dog være en redusert gevinst av dette, representert av λ , som følge av at ansettelseskontrakten med den første offentlige utføreren blir avsluttet. Vi tolker λ som innovasjonsspesifikk humankapital som går tapt for utføreren når en reforhandling ikke er

mulig. Når partene kan reforhandle kontrakten, vil dette derfor dreie seg om λ , andelen av gevinsten ved en innovasjon som ikke tilfaller bestiller dersom han re ansetter utfører. Dette uttrykkes ved $\lambda[-b(e) + c(e) + \beta(i)]$, som gir andelen, λ , av både en kostnads- og kvalitetsinnovasjon som ikke vil tilfalle bestiller. Gevinsten av reforhandlingen vil deles likt mellom bestiller og utfører, og gi følgende nytte:

$$U_G = B_0 - P_0 + (1 - \lambda/2)[-b(e) + c(e) + \beta(i)]$$

$$U_M = P_0 - C_0 + \lambda/2[-b(e) + c(e) + \beta(i)] - e - i.$$

Utfører vil velge nivåer av e og i som maksimerer utførers reforhandlingsgevinst minus innsatskostandene av innovasjonstypene:

$$\text{Max}_{i, e} \{ \lambda/2[-b(e) + c(e) + \beta(i)] - e - i \}$$

Maksimeringsproblemet resulterer i følgende førsteordensbetingelser:

$$\lambda/2[-b'(e) + c'(e)] = 1,$$

$$\lambda/2\beta'(i) = 1.$$

Vi ser at også i tilfellet med offentlig utfører vil vi få vridninger bort fra første-beste løsning. Men en offentlig utfører vil, i motsetning til en privat utfører, ta hensyn til kvalitetsreduksjonen som følger av en kostnadsinnovasjon. Dette følger av at offentlig utfører må få kostnadsinnovasjonen godkjent av bestiller før han kan gjennomføre den. Men nettopp fordi utfører må få godkjent begge typer innovasjoner før de kan gjennomføres, vil han selv motta kun halvparten av den gevinsten disse innovasjonene fører til, uttrykt ved $1/2\lambda$. Dette reduserer utførers insentiv til å gjennomføre både kostnads- og kvalitetsinnovasjon. Dersom vi i tillegg har at $\lambda < 1$, vil bestiller kunne erstatte utføreren, som igjen vil redusere innovasjonsinsentivene til utfører ytterligere.

3.4.3 Sammenlikning av utfallet ved privat og offentlig utfører når det er mulig å reforhandle basiskontrakten

Vi ser at både privat og offentlig utfører medfører vridninger bort fra første-beste løsningen, og modellen gir derfor ikke noe entydig svar på hva som er den optimale eierskapsstrukturen

for residualrettighetene. Hvordan kan vi så vurdere hvilken av de to eierskapsstrukturene som gir best resultat?

Vi kan først gjennomgå det samfunnsøkonomiske overskuddet som de to ulike utførermodellene genererer. Det optimale valg av utfører vil være det alternativet som gir det største samfunnsøkonomiske overskuddet.

Samfunnsøkonomisk overskudd ved privat utfører:

$$SO_{\text{priv}} = U_G + U_M = B_0 - C_0 - b(e_M) + c(e_M) + \beta(i_M) - e_M - i_M,$$

Samfunnsøkonomisk overskudd ved offentlig utfører:

$$SO_{\text{off}} = U_G + U_M = B_0 - C_0 - b(e_G) + c(e_G) + \beta(i_G) - e_G - i_G.$$

Uttrykket for den samfunnsøkonomiske gevinsten, SO , uttrykker dermed at bestiller (G) og utfører (M) vil forhandle frem et effektivt resultat ex post, men at det oppstår en vridning i form av valg av innovasjonsinnsatsene e og i . Reforhandling under symmetrisk informasjon vil føre til et bedre resultat enn i tilfellet uten reforhandlingsmulighet, uansett hvem som er utfører. Det vil derfor alltid forekomme en reforhandling av kontrakten mellom bestiller og utfører, dersom dette er mulig. Den eneste forskjellen mellom de to eierskapsstrukturene i uttrykket for samfunnsøkonomisk gevinst er utførers valg av innovasjonsinnsatsene, e og i , ex ante.

Privat utfører

En privat bedriftsleder vil eie residualrettighetene til tjenestene, og vi vil få to vridninger bort fra første-beste løsning. Utfører vil ignorere $b(e)$, effekten som en kostnadsinnovasjon har på kvaliteten på tjenesten. Utfører vil dermed ikke ta hensyn til dette i sitt valg av kostandsinnovasjonsinnsats, e , som er umulig å kontraktsfeste. Han vil redusere bestillers resultat gjennom sin innsats for å redusere kostnadene. Utføreren vil heller ikke legge tilstrekkelig vekt på gevinsten av en kvalitetsinnovasjon, $\beta(i)$. Han vil vektlegge dette 50%, da innovasjonen må forhandles, i stedet for den optimale vekten på 100%. Sammenliknet med første-beste løsning vil derfor løsningen av modellen når utfører er privat, resultere i at nivået på e er for høyt, og nivået på i er for lavt.

Offentlig utfører

Offentlig utfører må forhandle med bestiller for å kunne gjennomføre en kostnadsinnovasjon, og vil derfor ta hensyn til $b(e)$, konsekvensen av en kostnadsinnovasjon på kvaliteten.

Bestiller og utfører vil dermed forhandle om overskuddet av en kostnadsinnovasjon; $[-b(e) + c(e)]$. Men utfører vil vektlegge dette overskuddet med $\lambda/2$, og vil legge samme vekt på gevinsten av en kvalitetsinnovasjon, $\beta(i)$. I første-beste løsningen vektlegger han innovasjonsgevinstene med 100%. Dette medfører at nivåene på både e og i vil være for lave ved offentlig utfører. Kvalitetsinnovasjonsinnsatsen i , vil være lavere ved offentlig utfører enn ved privat utfører (med mindre den offentlig utføreren ikke kan re ansettes, dvs. at $\lambda=1$). Dette kommer av at offentlig utfører vil vektlegge gevinsten av reforhandlingen som må til for å gjennomføre innovasjonen med $\lambda/2$, mens privat utfører vil vektlegge dette med $1/2$. Det følger av dette at med mindre $\lambda=1$, vil i være større ved privat utfører enn ved offentlig utfører.

Vi kan oppsummere innovasjonsinnsatsene i de to utførermodellene relativt til første-besteløsning (markert e^* og i^*) slik:

$$\begin{aligned} e_G &< e^* < e_M \\ i_G &\leq i_M < i^* \end{aligned}$$

Hvilken utførermodell dominerer?

Privat utfører vil altså føre til et *for* sterkt insentiv til å gjennomføre kostnadsinnovasjon og et moderat, men likevel for svakt, insentiv til å foreta en kvalitetsinnovasjon. Offentlig utfører vil fjerne det sterke insentivet til å foreta kostandsinnovasjon, men vil erstatte dette med *for* svake insentiver til å gjennomføre begge innovasjonstyper. Hvilken eierskapsstruktur som er ideell, vil derfor avhenge av hvilken vridning bort fra første-beste løsning som medfører minst mulig uønskede konsekvenser.

Hos Hart m.fl (1997) vil det være to tilfeller der privat utfører, og dermed privat eierskap av residualrettighetene, vil dominere offentlig utfører (og offentlig eierskap av residualrettighetene). Dersom en kostnadsinnovasjon medfører små konsekvenser for kvaliteten i tjenestene, vil det være å foretrekke at en privat utfører leverer tjenestene. Dette kan uttrykkes gjennom en liten verdi av $b(e)$. Privat utfører vil ha større insentiv til å

gjennomføre både kvalitet- og kostnadsinnovasjoner, og vil derfor dominere over utfallet av en offentlig utfører. Privat utfører vil også dominere dersom det i utgangspunktet er små muligheter for å gjennomføre en kostnadsinnovasjon, og offentlige ansatte derfor har lite insentiv til å gjennomføre dette (λ vil da være liten). Privat utfører vil i dette tilfellet ikke kunne gjennomføre mye av den kvalitetsreduserende kostnadsinnovasjonen. På grunn av et sterkere insentiv til å gjennomføre en kvalitetsinnovasjon enn hva offentlig utfører har, vil privat utfører dominere offentlig utfører.

Dersom en kostnadsinnovasjon innebærer store uønskede konsekvenser for kvaliteten på tjenestene, vil offentlig utførers svake insentiver til å gjennomføre denne type innovasjon være sosialt optimalt. Offentlig utfører vil dermed dominere privat utfører. For at offentlig utfører skal være samfunnsøkonomisk optimalt må vi også ha enten at kvalitetsinnovasjonen ikke er viktig, eller at offentlig utførers insentiv til å gjennomføre kvalitetsinnovasjonen ikke er svakere enn privat utfører. Dette vil uttrykkes i en verdi av λ tilnærmet 1. Dersom en av disse betingelsene holder, vil ikke privat utfører være strengt dominerende sammenlignet med offentlig utfører, og offentlig utfører vil være å foretrekke.

Hva gjelder kostnadssiden ved de to typene former av eierskap av residualrettighetene, vil privat utfører alltid medføre lavere kostnader enn offentlig utfører. Dette følger av at e alltid vil være høyere ved privat utfører enn ved offentlig utfører, og følgelig vil også kostnadene da være lavest ved privat utfører. Kvaliteten kan enten være høyere eller lavere ved privat utfører, men dette er tvetydig og vil avhenge av de faktiske nivåene på innovasjonsinnsatsen hos utfører.

Det er altså ikke mulig å fastslå en entydig konklusjon om hvorvidt privat eller offentlig utfører er den samfunnsøkonomisk optimale løsningen. Dette vil avhenge av hvor sterke insentiver de ulike utførerne har til å gjennomføre de to innovasjonstypene, hvilke konsekvenser kostnadsinnovasjon har for kvaliteten og omfanget av disse konsekvensene. Dette vil igjen avhenge av hva slags type tjenester vi ser på og innenfor hvilke kommunale sektorer vi ønsker å bruke modellen.

4 Modellens relevans for levering av hjemmetjenester

Ordet privatisering er et omfattende begrep som ofte brukes i settinger der det egentlig ikke hører helt hjemme. En privatisering av en offentlig tjeneste innebærer at hele ansvaret for å levere tjenesten, både det finansielle og den faktiske utførelsen av tjenesten, overlates fra det offentlige til et privat firma. Innen norsk helsesektor er det svært få tjenester som etter loven i det hele tatt kan privatiseres, og innen hjemmetjenestene vil dette ikke være mulig. En privatisering av hjemmetjenestene vil innebære at alt av forvaltningsansvar, tildeling av brukervedtak og selve tjenesteutførelsen ikke lenger vil være den offentliges ansvar, men overlates til en privat aktør. Selv om vi tenker oss at det offentlige fortsatt finansierer tjenestene, vil tildelingsansvaret av tjenestene være hos en privat aktør og privatiseringen innebærer en ansvarsfraskrivelse som det er lite sannsynlig at kommunen vil/kan foreta seg. Før den norske velferdsmodellen ble tilstrekkelig utviklet, var det familien sitt ansvar å ta seg av familiemedlemmer som ikke var i stand til å ta vare på seg selv. Fattigforsorgen tok seg av de som ikke hadde en familie som var i stand til å yte denne omsorgen. Opp gjennom årene har staten, og etter hvert kommunen, tatt et stadig større ansvar for å yte pleie- og omsorg til personer med bistandsbehov. I dag har kommunene et lovpålagt ansvar for å tilby hjemmetjenester, i form av praktisk bistand og hjemmesykepleie, til de i kommunen som er i behov av det. Det er hjemlet i lovverket at hjemmetjenestene skal være av en viss kvalitet og dermed kommunes ansvar at hjemmetjenestene holder denne kvaliteten. Ved en eventuell privatisering av hjemmetjenestene vil kommunens rolle reduseres til å finansiere tjenestene, mens den private aktøren vil stå for tjenestetildeling og utførelsen av tjenestene. Dette innebærer en stor risiko for kommunen, da den private utføreren vil ha helt andre motiver i tjenestetildelingen til brukerne av hjemmetjenester. Det er enkelt å tenke seg at en slik ansvarsfraskrivelse fra kommunen til en privat aktør, vil medføre at den private aktøren vil ha insentiv til å tildele tjenester til de brukerne som er økonomisk fordelaktige. Ansvaret for tjenestene vil være hos kommunen, og det vil være svært kostbart for kommunen å kontrollere hvorvidt kommunens innbyggere faktisk får den hjelpen og pleien som de har et lovmessig krav på. Jeg har ikke klart å finne noe empirisk belegg for at en slik privatisering av hjemmetjenestene er forsøkt gjennomført, eller hvorvidt en gjennomførelse i dele hele tatt vil være lovlig. Jeg vil derfor ikke vurdere muligheten for en privatisering av

hjemmetjenestene. Det finnes derimot andre måter å organisere hjemmetjenestene på utover at kommunene selv har monopol på tjenesteutføringen. Det er mulig å åpne opp markedet for hjemmetjenester for private tilbydere uten at dette innebærer en full privatisering av tjenestene. Vi kan se for oss tre ulike bestiller-utfører modeller som er mulige for levering av hjemmetjenester:

- Det offentlige fungerer som bestiller og utfører av hjemmetjenestene.
- Det offentlige fungerer som bestiller av hjemmetjenestene, men kommunen har innført fritt brukervalg for brukerne av tjenestene. Brukerne kan dermed velge mellom en offentlig utfører og flere private utførere som tilbyr hjemmetjenester.
- Det offentlige fungerer som bestiller av tjenestene, men utlyser en anbudskonkurranse om driften av hjemmetjenestene. Konkurransen kan dreie seg om den totale driften av kommunens pleie- og omsorgstilbud, slik at den som vinner anbudet vil stå for den totale driften av kommunenes sykehjem, omsorgsboliger og hjemmetjenester. Alternativt kan kommunen utlyse en anbudskonkurranse om driften av hjemmetjenester alene. Kommunen vil diktere konkurransegrunnlaget og avgjøre hvilken utfører som har det beste anbudet, og som dermed vil overta driften i kontraktperioden.

Av disse tre ulike utførermodellene er det mest vanlig at kommunen selv fungerer som både bestiller og utfører. Fritt brukervalg innen hjemmetjenestene blir mer og mer utbredt, i 2012² hadde 8 prosent av norske kommuner innført fritt brukervalg for hovedsakelig praktisk bistand i hjemmetjenestene. Disse kommunene er blant de største i landet, deriblant Oslo og Bergen, slik at den lave prosentandelen av norske kommuner som har innført fritt brukervalg, ikke er representativt for hvor mange brukere denne valgfriheten dekker. En stor andel av mottakere av hjemmetjenester vil derfor ha fritt brukervalg i leveringen av hjemmetjenester. Anbudskonkurranse er for det meste benyttet i driften av sykehjem. Det finnes noen små kommuner som har valgt å anbudsette den totale driften av omsorgstjenester rettet mot eldre. I 2012 hadde 7 prosent av landets kommuner konkurranseutsatt hjemmetjenesten. Dette er for det meste små kommuner med få innbyggere, slik at denne utførermodellen dekker ikke over en like stor andel av brukerne som fritt brukervalg (KS, 2013).

² Det er ikke mulig å innhente oppdaterte tall for 2013 da disse ikke blir publisert før i juli 2014.

Det er problematisk å si noe generelt om hvilken utførermodell som er best for kommune-Norge. Det er opp til hver enkelt kommune å organisere hjemmetjenestene som den vil, og det finnes få sentrale retningslinjer for dette. Selv ved innføringen av fritt brukervalg, eller andre markedsmekanismer, er det opp til den enkelte kommunen å utforme dette slik kommunen mener er best. Dette innebærer at et eventuelt konkurransegrunnlag for levering av anbud eller en prismodell for levering av hjemmetjenester, vil variere fra kommune til kommune. I kapittel 2.3.1. var jeg inne på at ulikheter i størrelsen på kommunen vil utgjøre en forskjell på hvilke markedsmekanismer som er mulig å innføre i ulike kommuner. Her vil både innbyggertall, befolkningstetthet og bosettingsmønstre spille en rolle for markedsgrunnlaget. Levering av hjemmetjenester bærer preg av å i stor grad ha stordriftsfordeler, da gjennomsnittskostnadene til private utførere vil reduseres når brukermassen øker. Dette kan by på problemer i kommuner der brukermassen i utgangspunktet er liten, eller brukerne bor spredt utover et stort geografisk området slik at transportkostnadene er store. Det vil derfor være svært ulikt grunnlag for å innføre de ulike utførermodellene i forskjellige kommuner.

Felles for organiseringen av hjemmetjenester, uavhengig av hvilken kommune vi ser på og hvilken utførermodell kommunen har valgt, er at kommunen vil ha rollen som bestiller av tjenestene.³ Bestillerrollen for leveringen av hjemmetjenester vil derfor ha et bredere ansvarsområde enn hva Hart m.fl. (1997) antar i sin artikkel. Det utvidete ansvarsområdet til bestilleren byr ikke på store problemer for modellens overførbarhet til hjemmetjenestene, men fungerer mer som en begrensning av utføreres insentiver. Jeg forklarer dette nærmere i kapittel 4.2.

Hart m.fl. (1997) argumenterer for at modellen de har konstruert i stor grad er laget for å passe til driften av fengsler, men at den også vil ha stor gyldighet for andre sektorer og aspekter av offentlig tjenesteproduksjon. Helsesektoren er en av sektorene som forfatterne diskuterer. De argumenterer for at det er store potensielle gevinster av en innovasjon, men at det samtidig er store muligheter for at innovasjonene medfører uønskede konsekvenser av en betydelig størrelse. Forfatterne trekker frem driften av sykehus som eksempel og påpeker at dersom pasientene selv kan velge hvilket sykehus de skal motta behandling på, vil dette

³ Dersom man vurderer en mulig privatisering av tjenestene vil bestillerrollen også være en del av de tjenestene som privatiseres, og kommunens rolle vil bli redusert til å dreie seg om en ren finansiering av tjenestene. Men jeg velger som sagt å se bort fra dette tilfelle, både av hensyn til omfanget av oppgaven, og fordi det er lite overførbart til virkeligheten.

styrke argumentasjonen for at sykehuset skal driftes av en privat utfører. Problemet er at pasientene selv, i de fleste tilfeller, ikke kan vurdere kvaliteten i den behandlingen de mottar. Derfor kan de ikke foreta et kvalifisert valg mellom hvilket sykehus som utfører den beste behandlingen.

Dette er et verifikasjonsproblem som gjør seg gjeldende for alle helsetjenester, men vil det utgjøre et like stort problem for hjemmetjenester som det er ved valg av sykehus? Jeg diskuterer verifikasjonsproblemet nærmere i kapittel 4.4., under min gjennomgang av omfanget av en kvalitetsinnovasjon. Diskusjonen om helsesektoren summeres opp med at det store potensialet for gevinster av innovasjonsgjennomføringer taler for en privat utfører av helsetjenester. Men de uønskede konsekvensene som disse innovasjonene kan føre til kan være svært ødeleggende, og taler mot en privat offentlig utfører.

Hovedinnvendingen som Hart m fl. (1997) har mot modellens relevans for helsesektoren er at de i artikkelen antar at kostnadene er ikke-verifiserbare. Innen helsesektoren er det vanlig med kostnadsrefusjon ex post, noe som vil være vanskelig å gjennomføre dersom kostnadene ikke er verifiserbare. De senere årene har det derimot blitt mer og mer vanlig med en prising av tjenester ut ifra en forhåndsbestemt prismodell. De kommunene som har åpnet opp for private utførere, priser hjemmetjenestene etter en prismodell basert på kommunenes egne utgifter ved utførelsen. Forfatterens innvending mot helsesektoren er derfor ikke like gjeldende for norsk helsesektor og vil derfor ikke være av stor betydning for diskusjonen rundt levering av hjemmetjenester. Det er plausibelt at prisen for utførelse av tjenestene kan inngå i basiskontrakten mellom bestiller og utfører. Men det eksisterer andre sider av argumentasjonen til Hart m.fl. (1997) som vil by på problemer for analysen av leveringen av hjemmetjenester. Jeg vil bruke litt tid på å belyse noen av sidene ved det kontraktsteoretiske rammeverket som er problematisk for hjemmetjenestene.

4.1 Problematiske antakelser/parametere

4.1.1 Bestilleren sin mulighet til å si opp en offentlig utfører

Parameteren λ byr på en del problemer for artikkelen til Hart m.fl. (1997) sin overførbarhet til et norsk arbeidsmarked. I artikkelen representerer denne parameteren en andel av gevinsten ved en innovasjon som er direkte knyttet til en spesifikk offentlig utfører og som

dermed vil gå tapt dersom bestilleren velger å avslutte ansettelsesforholdet med denne utføreren. Det er problematisk at forfatterne antar at bestilleren har mulighet til å avslutte ansettelsesforholdet med den offentlige utføreren, uten å måtte oppgi noen verifiserbar grunn, og uten at dette medfører annet tap enn utførerspesifikk innovasjonskunnskap. Norske arbeidere, både innenfor offentlig og privat sektor, er beskyttet av et omfattende lovverk og sterke fagforeninger. Det er derfor umulig å overføre denne antagelsen direkte til norsk sektor. Sykepleiernes fagforening er særlig sterk og antagelsen er derfor spesielt svak innen helsesektoren. Forfatternes tolkning av λ er følgelig ikke troverdig, og utgjør et ekstremt svakt punkt ved artikkelen.

Vi kan derimot velge å la λ representere andre sider av forholdet mellom byråkraten og den offentlige utføreren. Vi kan anta at det ikke er mulig å avslutte ansettelsesforholdet, men at det er mulig for bestilleren å redefinere offentlig utførers arbeidsoppgaver. Slik kan bestilleren omplassere utføreren og gi han nye arbeidsoppgaver i andre deler av offentlig sektor. Bestiller har dermed mulighet til å ansette en ny utfører. Det vil være transaksjonskostnader knyttet til en slik omplassering, både i form av det byråkratiske papirarbeidet dette medfører og at man må lære opp både gammel og ny utfører i nye arbeidsoppgaver. Vi kan derfor tenke oss at λ representerer både disse transaksjonskostnadene og tap av utførerspesifikk innovasjonskunnskap. I lys av dette kan vi tolke $(1 - \lambda)$ som bestillerens handlingsrom til å endre de aspektene av tjenesteutførelsen som ikke er kontraktsfestet i basiskontrakten. Når $\lambda=0$, vil transaksjonskostnadene og tapet av humanspesifikk informasjon ikke medføre tap innovasjonsgevinsten. Byråkraten vil dermed ha et stort handlingsrom overfor offentlig utfører. I motsatt tilfelle, når $\lambda=1$, vil hele gevinsten av en innovasjon utlignes, eller overstiges, av kostnadene knyttet til å erstatte den offentlige utføreren. Byråkrats handlingsrom vil følgelig være svært lite. Dette samsvarer godt både med teorien til Hart m.fl. (1997) og med virkeligheten.

Den videre antakelsen om at bestilleren ikke har dette handlingsrommet overfor en privat utfører er en troverdig myndighetsdefinisjon. I lys av den tolkningen av λ som er foretatt over, vil ikke en byråkrat ha samme myndighet til å redefinere arbeidsområdet til en privat bedriftsleder som han vil ha overfor en offentlig utfører. Bestilleren vil ha større påvirkningskraft innad i samme organisasjon, enn det han vil ha på tvers av offentlig og privat sektor.

I kapittel 3.3.2. var jeg inne på at λ kan være et uttrykk for hvor trygg jobben til en offentlig utfører vil være. Det er nærliggende å anta at dette vil variere med hvor beskyttende lovverket er av utførers jobb og at dette igjen vil ha en sammenheng med hvor sterk posisjon en fagforening har. Dette vil igjen variere i forskjellige land, og i et land som Norge vil λ derfor være nærmere 1 i tallverdi, enn 0. Andre land, som har et svakere lovverk og en svakere fagforening, vil ha en mindre verdi av λ . Utførers jobb vil derfor være mer risikabel og i større grad utsatt for både omplasseringer og oppsigelse. I lys av argumentasjonen av at verdien på λ vil avhenge av hvor stor påvirkningskraft og makt en tilhørende fagforening vil ha, er det også rimelig å anta at dette kan variere mellom ulike yrkesgrupper og sektorer i Norge. Da sykepleiernes fagforening kan sies å være svært sterk i Norge, styrker dette påstanden om at λ vil være av en høy verdi innen helsesektoren.

Parameteren λ utgjør et svakt punkt i artikkelen til Hart m.fl. (1997), og jeg mener det er rom for forfatterne å foreta en grundigere diskusjon av denne parameteren i artikkelen. Det vil være svært få land og yrkesgrupper som passer inn i forfatternes direkte tolkning av λ . En tolkning i tråd med den jeg har foretatt over, byr ikke på vesentlige problemer for den videre diskusjonen av forfatternes kontraktteoretiske rammeverk.

4.1.2 En modell uten konkurranse mellom utførere

I artikkelen til Hart m.fl. (1997) presiserer forfatterne at det ikke er konkurranse i seg selv som genererer gevinsten av de ulike utførermodellene, men eierskapet av de residuale kontrollrettighetene. Dette byr på problemer for overførbarheten til levering av hjemmetjenester. En del av gevinsten ved å åpne opp markedet for private utførere vil være knyttet konkurransen som vil oppstå mellom flere private firmaer og den offentlige utføreren. Dette er dermed et aspekt ved innføringen av markedsmekanismer for hjemmetjenestene som forfatterne ikke tar hensyn til. Effektene av konkurranse vil være gjeldende for de fleste av landets kommuner, med unntak av de aller minste. Der vil markedet for hjemmetjenester være for lite og dermed ikke utgjøre et bærekraftig marked for flere tilbydere av de samme tjenestene.

Forfatterne vektlegger at eierskapet av kontrollrettighetene forårsaker ulike insentiver hos offentlig og privat utfører, noe som stemmer godt overens med levering av hjemmetjenester. Det vil være avgjørende hvem som har kontrollen over handlingsrommet

for utførelsen av hjemmetjenestene utover det som avtales i kontrakten mellom bestiller og utfører. Videre antar Hart m.fl. (1997) at det ikke finnes substitutter for tjenestene på kort sikt. Dette stemmer ikke helt med markedet for hjemmetjenester. Ved en anbudskonkurranse om driften av hjemmetjenester, vil en privat utfører som vinner anbudet overta de kommunalt ansatte som evt. tidligere har vært under offentlig utfører. Dersom den private utføreren av en eller annen grunn skulle falle fra, vil det offentlige i de fleste tilfeller ha midler til å kunne overta driften av hjemmetjenestene. I kommuner som har innført fritt brukervalg vil det offentlige selv være utfører samtidig med private utførere og dermed vil det, i en viss grad, eksistere substitutter for tjenesteutførelsen på kort sikt. Det avgjørende for hvorvidt en privat utfører i det hele tatt vil ha insentiver til å legge tid og energi i gjennomførelsen av innovasjonene, er derimot at kontraktsperioden er over flere år. Dette er tilfellet både hos Hart m.fl. (1997) og for hjemmetjenester i praksis. Forfatterne understreker også at en eventuell konkurranse på tilbydersiden vil forsterke argumentet for privat utfører.

4.1.3 Kan hjemmetjenestene omsettes i et marked?

Det vektlegges hos Hart m.fl. (1997) at tjenestene som omfattes av kontrakten mellom bestiller og utfører, er av en karakter som gjør at de ikke kan omsettes i et marked. Dette virker som en naturlig antakelse for driften av fengsler, men er en antakelse som ikke er like selvfølgelig for hjemmetjenester. Hjemmetjenester kan i utgangspunktet lett omsettes i et marked, uten noen innblanding fra det offentlige, der brukerne kjøper tjenestene direkte fra utførerne. Slik hjemmetjenestene er organisert i dag, fungerer det offentlige som både tildeler av tjenester og finansierer av hele, eller deler av, tjenesteutførelsen. I kommuner⁴ som har kommet langt i innførelsen av private utførere, er det mulig for de private utførerne å tilby tilleggstjenester til brukerne. Det eksisterer dermed et privat marked for hjemmetjenester der brukerne kan kjøpe tilleggstjenester som ikke dekkes av deres brukervedtak. Dette er i all hovedsak tjenester som faller inn under praktisk bistand, og omfatter alt fra handling og rengjøring utover kommunens bestemmelser, til selskap om natten for eldre som er redd for å sove alene. Undersøkelser viser at fremveksten av private tilbud av hjemmetjenester i kombinasjon med høye egenandeler for praktisk bistand, har ført til at enkelte lar være å søke kommunen om behovsprøvd praktisk bistand. Personer med god økonomi opplever en større fleksibilitet ved å kjøpe tjenestene direkte av private utførere (KS, 2013). Dette viser at

⁴ For eksempel Oslo og Bergen kommune.

tjenestene i stor grad er markedsomsettelige, i motsetning til antagelsene som gjøres av Hart m.fl. (1997).

Forfatterne trekker frem at dersom brukerne selv er i stand til å vurdere kvaliteten på tjenestene og de har mulighet til å anskaffe disse i et fritt marked med perfekt konkurranse mellom tilbyderne, vil man ha en situasjon som ligger nært opptil den samfunnsøkonomisk optimale løsningen. En privat utfører som foretar en kostnadsinnovasjon, og med dette reduserer kvaliteten på tjenestene, vil bli straffet for kvalitetsreduksjonen av konsumentene. På den annen side vil konsumentene av tjenesten belønne utføreren for å levere tjenester med høyere kvalitet. En offentlig utførers svake insentiver til å gjennomføre begge typer innovasjoner vil i dette tilfellet ikke være optimalt, mens en privat utførers insentivpåvirkning fra markedet vil føre til en optimal løsning. Desto mer brukerne er i stand til selv å vurdere kvaliteten på tjenestene, jo sterkere er argumentasjonen til fordel for privat utfører over offentlig utfører.

Dette eliminerer derimot ikke betydningen av det offentlige sin rolle i tildelingen og finansieringen av hjemmetjenester. Uten en offentlig finansiering av tjenestene vil man få store ulikheter i konsumet av tjenestene mellom ulike samfunnsgrupper. Dersom markedet for hjemmetjenester var et fritt marked, vil kun de med god nok økonomi ha muligheten til å konsumere tjenestene. Vi trenger derfor det offentlige som et middel til å viske ut ulikheter i konsumet av hjemmetjenester mellom brukere med ulike økonomiske forutsetninger for å kunne kjøpe hjemmetjenester. Slik forsikrer man at alle som har behov for hjelp og pleie, mottar den hjelpen de har krav på. Det byr derfor ikke på store problemer å analysere hjemmetjenestene som tjenester som ikke kan omsettes på et fritt marked, da det i noen grad alltid vil tilbys gjennom det offentlige.

4.2 Byråkratens rolle som bestiller

Som jeg allerede har vært inne på tidligere i oppgaven, vil byråkratens rolle som bestiller fortone seg noe annerledes i leveringen av hjemmetjenester enn hva som fremkommer i artikkelen til Hart m.fl. (1997). For hjemmetjenestene vil bestillerrollen fungere som en avgrensning av omfanget av tjenestene, og med dette også redusere handlingsrommet som utførerne har overfor hver enkelt bruker. Bestillerrollen vil fortone seg noenlunde likt mellom ulike kommuner, da kommunene har ansvaret for tildeling av hjemmetjenester. De

kommunene som har innført markedsmekanismer som fritt brukervalg for hjemmetjenestene, har også innført et klarere skille mellom bestiller og utfører innenfor kommunal sektor. I andre kommuner vil det ikke være et tydelig skille mellom disse to rollene. Bestiller-utfører modellen (BUM) er også innført av kommuner som ikke har åpnet markedet for hjemmetjenester for private aktører, men som likevel ser en gevinst i å snevre inn og definere ansvarsområdene til en bestiller og en utfører av hjemmetjenester.

4.2.1 Byråkratens rolle i tjenestetildelingen

Hjemmetjenestene er organisert slik at en person som er i behov av å motta hjelp og/eller pleie fra det offentlige, må søke om dette fra kommunen. I større byer som Oslo vil dette skje innenfor hver enkelt bydel. Kommunen, i rollen som bestiller (jeg ser ingen problemer med at denne rollen kan fylles av en byråkrat slik som forfatterne beskriver), fatter et vedtak om tildeling av hjemmetjenester til hver enkelt bruker. Tjenestetildelingen vil i hvert enkelt tilfelle være behovsstyrt. Tildelingen av hjemmetjenester skjer på grunnlag av en faglig vurdering, foretatt av bestilleren, av brukerens fysiske og psykiske funksjonsnivå og i samtale med brukeren selv. Med utgangspunkt i dette blir det så fattet et vedtak om tildeling av hjemmetjenester som definerer hva slags tjenester den enkelte brukeren skal motta, hvilket omfang disse tjenestene skal ha, og hvor lang tid en utfører skal bruke på selve utførelsen av disse. Brukervedtakene vil derfor variere veldig fra bruker til bruker og kan strekke seg fra vedtak på kun 10 minutters hjelp til matlaging til flere timers vedtak som kombinerer både praktisk bistand og hjemmesykepleie. Graden av tjenestespesifisering vil også variere på tvers av kommuner, ut ifra hvilke retningslinjer kommunen har lagt for tjenestetildelingen. Enkelte kommuner opererer med svært spesifikke brukervedtak som gir lite slingsrom i utførelsen av tjenestene, og som gir lite rom for individuell tilpasning og brukervedbestemmelse. Andre kommuner gir derimot mer romslige tjenestevedtak, som gir utfører mulighet til å tilpasse tjenestene etter brukernes behov og preferanser. Da vil de som faktisk utfører tjenestene til brukerne, både kommunalt ansatte og ansatte i et privat firma, i en større grad enn hva deres arbeidsgivere er klar over, utvise en god del skjønn i utførelsen av tjenestene. Dersom de finner det mer hensiktsmessig å vaske badet til en bruker, fremfor å utføre støvsuging innenfor rammene av brukerens vedtak, vil de i de fleste tilfeller tilpasse seg dette. Grunnet en rimelig stram kommuneøkonomi vil det derimot være lite aktuelt for kommunene å utvide tildelingen av hjemmetjenester til ikke-behovsprøvde vedtak (KS, 2013).

4.2.2 Brukervedtakenes prisregulerende funksjon

I kommuner som har innført en eller annen form for markedsmekanismer i leveringen av hjemmetjenester, er det utarbeidet en prismodell for prising av tjenestene. Denne prismodellen varierer fra kommune til kommune, men er utarbeidet på noenlunde lik måte. Den tar utgangspunkt i kommunens egne kostnader knyttet til utførelsen av hjemmetjenestene og prisgir dermed de ulike typene hjemmetjenestene som utføres. Private utførere blir dermed kompensert for utførte hjemmetjenester etter rammene av brukerens vedtak, som igjen er fattet av kommunen. Dersom de har utført tjenester utover dette, eller bruker lengre tid på utførelsen enn hva som fremgår i tjenestevedtaket, vil de ikke uten videre kompenseres for dette av bestilleren. All tjenesteutførelse utover brukervedtaket må begrunnes, og vil eventuelt bli kompensert etter en vurdering fra kommunen. Dette gjelder selvsagt ikke i de tilfeller der brukeren selv kjøper tilleggstjenester av en privat utfører. De direkte kostnadene ved tjenesteutførelsen vil dermed være knyttet til omfanget av den enkelte brukers tjenestevedtak, og ikke være en kostnadspost som utføreren kan påvirke direkte.

4.2.3 Byråkratens nøytralitet i valg av utfører

Det offentliges rolle som bestiller vil altså være mer omfattende for hjemmetjenester enn hva som vektlegges av Hart m.fl. (1997). I likhet med driften av sykehus og sykehjem vil bestilleren ha mange forskjellige tjenester å forvalte. Hans rolle vil derfor innebære mer enn å avgjøre hvorvidt tjenestene skal utføres av en offentlig eller en privat utfører. Jeg finner det rimelig å anta at byråkraten vil representere brukernes og samfunnets behov,⁵ og således være nøytral i både tjenestetildelingen og i valg av utfører. For hjemmetjenestene vil det være rimelig å anta at bestilleren vil ha noen form for helsefaglig bakgrunn som gjør at han kan foreta et kvalifisert valg hva gjelder tildeling av brukervedtak. Bestilleren vil derfor ikke direkte være en byråkrat, men jeg ser ikke noe problemer med å fortsette med denne antakelsen og begrepsbruken. Hvorvidt bestilleren er en byråkrat eller en leder med helsefaglig bakgrunn, vil ikke spille en avgjørende rolle for utfallet.

⁵ Denne antagelsen er diskutabel, da en byråkrat vil være tilbøyelig til å velge utfører basert på sin politisk partitilhørighet. Han vil dermed velge utfører etter hvilken utfører gruppe som stemmer på hans parti. Dette er et området jeg kunne diskutert videre, men grunnet omfanget av oppgaven velger å se bort ifra.

4.3 Mulighetene til å reforhandle basiskontrakten

Dersom vi skal prøve å plassere en mulig reforhandling av kontrakten mellom partene i det handlingsforløpet som beskrives av Hart m.fl. (1997) i leveringen av hjemmetjenester, vil dette dreie seg om et endret bistandsbehov for brukerne av tjenestene. Dette er behovsendringer som vil bli observert av utføreren, som da vil melde fra til bestillerkontoret at det er nødvendig å vurdere brukerens bistandsbehov på nytt. Bestilleren vil så avgjøre hvorvidt brukerens tjenestevedtak skal endres. Reforhandlingen av kontrakten vil derfor handle om endringer i brukerens tjenestevedtak. Insentivene til å tilrettelegge tjenesteutførelsen fra offentlig og private utførere vil være avgjort i forkant av tjenesteutførelsen. Videre kan det forekomme problemer som ikke vil være gjenstand for en reforhandling av kontrakten. Dersom en privat utfører får problemer med en bil som brukes i tjenesten, vil ikke dette være noe som den offentlige bestilleren vil refundere eller kompensere utføreren for i form av endret pris på tjenesten. En bil med behov for reparasjoner vil heller ikke påvirke lønnen til en offentlig utfører (vi tolket tidligere prisen på tjenestene som omtales i basiskontrakten, P_0 , som lønnen til den offentlige utføreren). Det som derimot vil være gjenstand for en endring i betaling for utførelsen av hjemmetjenestene, er dersom rammene av brukervedtaket endres. Vil offentlig og privat utfører ha ulike insentiver til melde fra om endringer i brukernes behov? Rent hypotetisk kan vi tenke oss at en offentlig utfører vil ha et insentiv til å melde fra dersom brukerens behov trenger å reduseres, slik at hans arbeidsmengde blir redusert. En privat utfører kan tenkes å melde fra om endret bistandsbehov dersom brukeren er i behov av mer hjelp. Slik vil han kunne øke rammene av brukerens vedtak og således også øke betalingen han mottar fra bestilleren. Privat utfører vil ha et svakere insentiv til å melde fra om en reduksjon i tjenestevedtaket enn hva en offentlig utfører vil ha, da denne reduksjonen også vil redusere betalingen som den private utføreren mottar fra bestilleren. Generelt kan vi si at private utførere vil ha et sterkt insentiv til å holde på brukerne, mens offentlige utførere vil ha et sterkt insentiv til å bli kvitt brukere. Dette er en insentivproblematikk som blir belyst av Lindqvist (2010), men da for driften av barnevernstjenester. Selv om barnevernstjenester og hjemmetjenester ikke er direkte sammenlignbare, innebærer de mange av de samme kvalitetene. Begge er tjenester der brukerne kun vil motta tjenestene i en begrenset tidsperiode. Lindqvist (2010) analyserer det ulike tjenesteutfallet av offentlig og privat utfører for barnevernstjenester i Sverige og finner at de to utførermodellene har svært ulike insentiver hva gjelder omfanget av tjenesteutførelsen. Trenden for driften av barnevernstjenester er at private utførere har en mye

lengre behandlingstid på sine ”brukere” enn hva offentlige utførere og offentlige institusjoner har. Oppholdet på barnevernsinstitusjon er over dobbelt så langt i varighet hos private institusjoner enn hos offentlige. Lindqvist (2010) konkluderer med at private utførere har en tendens til å overbehandle sine brukere, mens en offentlig utfører har en tendens til å underbehandle. Når partene har mulighet til å reforhandle kontrakten gir det, i lys av funnene til Lindqvist (2010), mening å anta at utførerne vil ha forskjellige insentiver til å gjennomføre reforhandlinger av kontrakten med utfører.

4.4 Omfanget av mulige innovasjoner

Da utføreren ikke bestemmer omfanget av tjenesten, ei heller har mye handlingsrom til å endre innholdet i tjenestene utover brukerens vedtak, og kun får en økonomisk kompensasjon for tjenester som er dekket i brukerens vedtak, vil det være små muligheter for både en offentlig og en privat utfører å foreta begge innovasjonstypene i selve utførelsen av tjenestene overfor brukerne. Utvidelsen av bestillerens rolle er med på å innsnevre mulighetene til å foreta en kvalitet- eller kostnadsinnovasjon. Men dette betyr ikke at det ikke finnes noen muligheter for innovasjoner i leveringen av hjemmetjenester. Offentlig og privat utfører vil også her ha svært ulike insentiver til å gjennomføre disse innovasjonene, og også her vil de residuale kontrollrettighetene være avgjørende.

Rammene rundt selve utførelsen av hjemmetjenestene er allerede bestemt av brukerens vedtak, og innovasjonstypene vil derfor fortone seg noe annerledes enn hos Hart m.fl. (1997). Hvilket handlingsrom har de ulike utførerne når de ikke kan påvirke innholdet eller omfanget av hjemmetjenestene som de leverer til brukerne? Innovasjonene vil dreie seg om organiseringen og utførelsen av tjenestene. Her er det nærliggende å anta at en utfører som selv har kontrollrettighetene over kapitalvarene, vil ha andre insentiver til å gjennomføre endringer enn en utfører som ikke har noen kontroll over kapitalvaren.

Hart m.fl. (1997) antar implisitt at tjenestene utføres av én og samme person, noe som er en relativt kraftig forenkling som stemmer dårlig overens med virkeligheten. Det vil være flere ledd av ansatte innenfor både privat og offentlig sektor, noe som vil utgjøre ytterligere kontraktsproblemer for utførelsen av tjenestene. Det vil også være forskjeller i hvordan utførelsen av tjenestene er organisert innen offentlig sektor og i et privat firma. Offentlig og privat eierskap kan føre til at selve innovasjonsfunksjonene innen de to organisasjonene vil

ha ulike egenskaper og dermed ikke kan representeres gjennom den eksakt samme funksjonen. Forfatterne understreker at ulik eierskapsstruktur er hovedårsaken til utførers ulike insentiver, og jeg ser ingen grunn til at dette ikke kan overføres til hjemmetjenestene.

Et annet viktig aspekt ved eierskapsspørsmålet er hvorvidt utføreren har kontrollen over de områdene av utførelsen og organiseringen av tjenestene som ikke er spesifisert i kontrakten mellom bestiller og utfører. Kontrakten mellom partene *vil* være ufullstendig. Det er ikke mulig for en utenforstående tredjepart å verifisere utførers innsatsnivå i de to typene innovasjoner som er antatt mulig å gjennomføre. Vi kan derfor videreføre antagelsen om at *i*, *e*, *b* og *c* vil være observerbare, men ikke mulige å verifisere.

Den ufullstendige kontrakten mellom bestiller og utfører vil altså gi rom til å foreta kvalitet- og kostnadsinnovasjoner. Utformingen av tjenestene vil derimot føre til at innovasjonene vil fortone seg noe annerledes enn hos Hart m.fl. (1997). Jeg vil gå gjennom de to innovasjonenes mulighetsrom hva gjelder utførelsen av hjemmetjenester og hvilke konsekvenser dette har for kvaliteten og kostnadene av utførelsen av tjenestene. Dette skjer med bakgrunn i en generell sammenligning mellom offentlig og privat utfører, uten å legge vekt på at bestiller kun har valget mellom en offentlig og en privat utfører. Jeg vil i stedet forsøke å si noe generelt om de ulike insentivene de ulike eierforholdene av de residuale rettighetene genererer.

Hart m.fl. (1997) antar at gevinsten av en gjennomført innovasjon kan representeres av et pengebeløp, og dermed kompenseres eller deles mellom bestiller og utfører. I realiteten kan vi tenke oss at i tillegg til at innovasjonene medfører en gevinst i form av et pengebeløp, kan innovasjonene medføre andre aspekter ved tjenesteutførelsen som ikke er like lett å måle eller dele. En kvalitetsinnovasjon kan føre til at brukeren får en økt følelse av kvalitet i tjenestene han mottar, men også at den som utfører hjemmetjenestene får en økt arbeidslyst fra en enklere arbeidshverdag. Forfatterne har i så måte forenklet virkeligheten og antatt at alt kan representeres av et pengebeløp. I virkeligheten vil det være flere nyanser av en innovasjonsgjennomføring.

Når det gjelder i hvor stor grad brukerne selv vil være i stand til å vurdere kvaliteten på tjenestene som leveres, vil dette variere med brukernes funksjonsnivå. Omfanget av brukerens vedtak vil være kjent for både utfører og bruker, og dermed være parts-offentlig

informasjon. De fleste mottakerne av hjemmetjenester er oppegående og selvstendige nok til at de kan bo og motta tjenestene i sine egne hjem. Brukere med vedtak om praktisk bistand vil relativt enkelt kunne vurdere om de får utført de tjenestene de har krav på, og hvorvidt de utføres i henhold til kvalitetskravet. Mottakere av hjemmesykepleie vil naturligvis ha et større bistandsbehov, men de mottar helsetjenester som ikke er mer omfattende enn at de kan utføres i brukerens hjem, fremfor på en institusjon. Her finnes det selvsagt unntak i brukermassen. Innledningsvis har jeg beskrevet hjemmetjenestene som en type tjeneste som varierer mye i omfang og med type brukere. De aller tyngste brukerne som har det største pleiebehovet, vil naturligvis ha en begrenset evne til å selv vurdere kvaliteten i tjenestene de mottar. Dette vil særlig gjelde de yngre mottakerne av hjemmesykepleie, som ofte har et omfattende bistandsbehov og dermed også et omfattende brukervedtak. For disse brukerne vil pårørende i form av familie og venner spille en viktig rolle, men ikke alle vil ha et velfungerende støtteapparat rundt seg. Langt ifra alle brukerne vil derfor være i stand til selv å vurdere kvaliteten, men av hensyn til oppgavebegrensning, og fordi mange av mottakerne til en viss grad faktisk vil kunne vurdere kvaliteten selv, ser jeg bort fra dette i den videre analysen.

Hart m.fl. (1997) konkluderer med at privat eierskap av kontrollrettighetene vil dominere over offentlig eierskap dersom konsekvensene en kostnadsinnovasjon har for kvaliteten av tjenestene, b(e), er liten, eller dersom det i utgangspunktet er små muligheter for en utfører å gjennomføre en kostnadsinnovasjon, og en offentlig utfører vil ha små insentiver til å gjennomføre innovasjonene. På den andre siden vil det være optimalt med offentlig eierskap dersom kvalitetsreduksjonen som følger av en kostnadsinnovasjon, utlikner eller eventuelt overgår kostnadsbesparelsen.

4.4.1 Kostnadsinnovasjon

Handlingsrommet til utføreren hva gjelder gjennomførelsen av en kostnadsinnovasjon i tjenesteutførelsen til hver enkelt bruker, er i utgangspunktet meget lite. Den største kostnadsbesparelsen vi kan tenke oss er mulig å gjennomføre, er å ansette ukvalifiserte arbeidere til å utføre hjemmetjenestene. Dette vil definitivt ha størst konsekvenser for hjemmesykepleietjenester, da utførelsen stiller visse krav til en større grad av faglig kompetanse. Men innen hjemmesykepleie er det krav om at det alltid er en sykepleier på vakt som har det faglige ansvaret for utførelsen av tjenestene. Praktisk bistand dekker et

tjenesteområde som i all hovedsak kan utføres uten særlig krav til en spesifikk utdanning. For hjemmesykepleietjenestene er det derfor små muligheter til å ansette ukvalifisert personell som en del av en kostnadsinnovasjon. For praktisk bistand vil konsekvensene av at ukvalifiserte utfører tjenestene, være små.

Som jeg har vært inne på tidligere, vil det også være få muligheter for utføreren til å spare kostnader ved å justere tidsbruken på utførelsen av hjemmetjenestene til hver enkelt bruker. Man kan argumentere for at en privat utfører vil ha sterkere insentiver til å bruke lengre tid på å utføre hjemmetjenester til en bruker som har vedtak om høyt prisede tjenester og bruke mindre tid på brukere som har vedtak om lavere prisede tjenester. Men omfanget av tjenestevedtaket vil være kjent for brukeren, og det vil være lett å kontrollere tidsbruken til utføreren. Utfører vil få betalt etter rammene av brukernes tjenestevedtak. Ekstra tidsbruk må begrunnes og vil muligens ikke kompenseres. Det er derfor lite sannsynlig at en kostnadsinnovasjon vil medføre store, uønskede konsekvenser for kvaliteten i tjenestene, da det er handlingsrommet for å foreta kostnadsbesparelser som direkte påvirker utførelsen av tjenestene til hver enkelt bruker. Bestillerens utvidede rolle som tildeler av tjenestevedtak begrenser dette handlingsrommet.

Det er derimot mulig å foreta kostnadsinnovasjoner i organiseringen og logistikken rundt utførelsen av tjenestene. Utfører kan velge biler som er billige i drift, organisere besøk hos brukerne slik at man reiser minst mulig på kryss og tvers av ulike brukere, og dermed ha en mest mulig effektiv logistikk.⁶ Dette er endringer som vil innebære en endret bruk av kapitalvarene knyttet til tjenesteproduksjonene, og således føre til ulike insentiver hos offentlige og private utførere. En offentlig ansatt vil ikke ha noe eierskap til kapitalvaren som brukes, og får lønn uansett hvordan logistikken rundt tjenestene er organisert. Dersom han har en idé om hvordan man kan redusere kostnadene ved å endre rekkefølgen på brukerne eller bruke alternative fremkomstmidler, er dette noe han må forhandle frem hos bestilleren. I samsvar med Hart m.fl. (1997) er det dermed rimelig å anta at dette bidrar til svakere insentiver hos offentlig utfører. Privat utfører vil derimot eie kapitalvarene som brukes i utførelsen av tjenestene, og vil ha sterkere insentiv til å organisere tjenestene på en mest mulig effektiv måte. Det er også her den private utføreren har størst muligheter til å øke sin økonomiske gevinst.

⁶ Dette er innovasjonsgvinster som er avhengig av at utføreren har en viss brukermasse. Dersom utføreren har få mottakere av hjemmetjenester vil det være få midler tilgjengelige til å gjennomføre slike innovasjoner.

Vil det være rom for å drive hjemmetjenestene på en mer effektiv måte? Rapporter fra NHO hevder at dette er tilfelle. Ved å sammenligne de mest kostnadseffektivt organiserte kommunene med de minst kostnadseffektive finner de at det er et stort potensial for en mer effektiv organisering av kommunesektoren, inkludert hjemmetjenestene (Fjellandsbø, 2013)

Vi kan dermed anta at insentivet til å gjennomføre en kostnadsinnovasjon vil være sterkest hos privat utfører. Han har kontrollrettighetene og kan dermed foreta endringer utover kontrakten med bestiller, uten at dette trenger å klareres med bestiller. Hvilke konsekvenser vil så disse mulige kostnadsinnovasjonene ha for kvaliteten på tjenestene? Hart m.fl. (1997) antar at kostnadsinnovasjon vil føre til uønskede konsekvenser. Men for hjemmetjenestene vil spesifiseringen av tjenestevedtaket til hver enkelt bruker redusere disse konsekvensene for kvaliteten av tjenestene. En endring i fremkomstmidlene som benyttes, vil trolig ikke påvirke kvaliteten i tjenestene nevneverdig, ei heller en endring i logistikken rundt organiseringen av tjenestene. Tvert i mot kan kostnadsinnovasjoner føre til uendret og kanskje også bedre kvalitet i tjenestene som leveres. Dersom de ansatte slipper å bruke mye av arbeidsdagen sin på å forflytte seg mellom brukere, kan de bruke mer tid på de arbeidsoppgavene som de i stor grad er ansatt for å utføre. Dette kan igjen bidra til økt arbeidsglede og mindre frustrasjon over dårlig organisering av brukerrekkefølgen.

Rapporter fra FAFO⁷ understreker at private aktører har en større mulighet til å drifte hjemmetjenestene på en mer kostnadseffektiv måte, da de i større grad kan ansette yngre personale med kortere ansiennitet og bedre helse. De vil dermed ha lavere kostnader forbundet med sykefravær og lønn etter ansiennitet. Det bør også nevnes at private utførere kan ha andre og billigere pensjonsordninger enn offentlig sektor, noe som igjen kan bidra til lavere personellkostnader. Dette er derimot aspekter av tjenesten som vil ha liten, eller ingen påvirkning, for kvaliteten i tjenesteutførelsen. Jeg vil derfor ikke foreta en videre diskusjon av disse aspektene ved privat utfører.

Konsekvensene av en kostnadsinnovasjon vil derfor være små når det gjelder levering av hjemmetjenester, og vi vil derfor ha at b(e) vil være liten. Dette vil dermed være annerledes dersom hjemmetjenestene ikke er ordnet i form av en behovsstyrt vedtaksordning. Dette fører

⁷ Se Gautun m.fl. (2013).

til at handlingsrommet utførerne har til å gjennomføre kostnadsinnovasjoner, stort sett dreier seg om aspekter ved utførelsen som ikke påvirker kvaliteten i særlig stor grad.

Små muligheter til å foreta kostnadsinnovasjoner, som igjen vil ha små konsekvenser for kvaliteten på tjenestene, er argumenter som taler for at privat utfører vil være bedre enn en offentlig utfører, da den private utføreren vil ha sterkere insentiver til å gjennomføre kostnadsinnovasjoner.

4.4.2 Kvalitetsinnovasjon

En kvalitetsinnovasjon kan i større grad gjennomføres på de deler av tjenestene som utføres direkte til brukerne. Men kvalitet er vanskelig å måle, og det er vanskelig å avgjøre hvorvidt det er en offentlig eller en privat utfører som leverer tjenester til høyest kvalitet. Kommunene gjennomfører systematiske kvalitetsrevisjoner der de foretar stikkprøver av brukerjournalene i GERICA⁸ og kontrollerer de ansattes kunnskap om krav til rutiner og lignende. Forsøk på å måle kvaliteten på tjenestene blir også foretatt gjennom bruker- og pårørendeundersøkelser, en høyst subjektiv undersøkelse av hvor tilfredse brukerne er. Undersøkelsene er for det meste gjennomført i kommuner som har innført fritt brukervalg i utførelsen av hjemmetjenester.

En kvalitetsinnovasjon vil i all hovedsak dreie seg om tilrettelegging av utførelsen av hjemmetjenestene i samsvar med brukernes ønsker, men samtidig innenfor rammene av brukerens tjenestevedtak. Muligheten til dette vil variere fra kommune til kommune, ut ifra hvor ”stramme” vedtak kommunen fatter. Enkelte kommuner opererer med løsere rammer rundt vedtakene, og det vil da være mer rom for å tilrettelegge utførelsen etter brukernes egne ønsker. Undersøkelser⁹ viser at det som er mest avgjørende for brukernes oppfatning av kvaliteten på tjenestene, er høy kontinuitet i personalet som utfører tjenestene, og mest mulig påvirkningskraft og bestemmelsesmulighet for utførelsen av tjenestene.

En mulig kvalitetsinnovasjon vil derfor begrense seg til den faktiske utførelsen av tjenestene til hver enkelt bruker. Her mener jeg at utførers ulike insentiver vil være basert på eierskap av kontrollrettighetene, men det vil også variere med hvilken markeds mekanisme som er tatt i

⁸ Et elektronisk pasientjournalssystem som brukes i kommunale pleie-og helsetjenester.

⁹ Se bl.a. KS (2013)

bruk. I denne sammenhengen finner jeg det naturlig å gå videre inn på fritt brukervalg. Ordningen er innført i noen av landets kommuner, men på tross av at kun et fåtall av kommunene har innført fritt brukervalg, er brukermassene innenfor disse kommunene store, slik at langt flere brukere av hjemmetjenester har fritt brukervalg enn hva kommuneantallet vil tilsi. Denne ordningen er lovfestet i Danmark, og svært utbredt i Sverige. Dersom Norge følger utviklingen til disse landene, kan vi derfor vente oss en fremvekst av kommuner som innfører denne markedsmekanismen i leveringen av hjemmetjenester.

Både ved innføringen av anbudskonkurranse om driften av hjemmetjenester og ved innføringen av fritt brukervalg vil det være nødvendig for kommunene å utarbeide et grunnlag både for en anbudskonkurranse og for en godkjenning av private utførere. Dette arbeidet kan i seg selv ha positive konsekvenser for det offentlige. Det fører til et økt fokus på tjenestenes kostnadsstruktur i måten de er organisert på innenfor offentlig sektor. Prosessen kan også føre til bedre kvalitet og en mer kostnadseffektiv tjenesteutførelse hos kommunen selv. På den annen side vil dette arbeidet innebære økte transaksjonskostnader knyttet til omleggingen av offentlig tjenesteutførelse og selve arbeidet med å utforme konkurransegrunnlaget. Det er gjennomført få undersøkelser som vurderer kostnadsutviklingen hos kommuner som har innført fritt brukervalg. De direkte kostnadene av tjenesteutførelsen vil være knyttet opp til omfanget av den enkelte brukers tjenestevedtak. Studier viser at fritt brukervalg som regel ikke har noen betydning for de direkte kostnadene i tjenesteutførelsen, da betalingen til de private utførerne tar utgangspunkt i kommunens egne kostnader ved utførelsen av hjemmetjenester. De indirekte kostnadene som følger av utformingen av konkurransegrunnlaget, vil imidlertid øke. Mange kommuner peker på at dette er en kostnad som i stor grad kun er knyttet til selve innføringen av ordningen. Den løpende oppfølgingen er forholdsvis lite ressurskrevende, og prosessen som genererer de indirekte transaksjonskostnadene har mange positive sider. Oslo kommune oppgir at deres samlede kostnader ikke har økt etter innføringen av fritt brukervalg (KS, 2013).

4.5 Fritt brukervalg som en mulig løsning

Fritt brukervalg innebærer at mottakere av hjemmetjenester har mulighet til å velge, innenfor rammene av sine brukervedtak, hvem som skal være utfører av tjenestene. Valget vil stå mellom kommunen selv og ulike private (eller ideelle) utførere som har tillatelse fra kommunen om å levere hjemmetjenester. Dersom brukerne ikke er fornøyde med de

tjenestene de mottar av en utfører, har de mulighet til å bytte utfører uten at de trenger å oppgi noen videre. Slik oppstår det en konkurransesituasjon mellom offentlig sektor og private leverandører av hjemmetjenester. Selve organiseringen av ordningen kan variere fra kommune til kommune, da det ikke finnes noe felles lovverk for hvordan fritt brukervalg skal organiseres og det eksisterer få sentrale føringer. Felles for kommunene som velger å innføre fritt brukervalg, er at svært lite endres for brukernes vedkommende. Tilbudet av de spesifikke hjemmetjenestene vil være uendret, egenandelen for fritt brukervalg vil være den samme, og kommunen vil fortsette som utfører av tjenestene. Dersom brukeren ikke foretar et aktivt valg av utfører, bli han tildelt kommunen som tjenesteutfører. Dette innebærer at dersom man ikke ønsker å benytte seg av eller sette seg inn i brukervalget, vil leveringen av hjemmetjenester fortsette som tidligere.

Både Danmark og Sverige ligger et godt stykke foran Norge i utviklingen av fritt brukervalg. I Danmark ble det i 2003 gjennomført en stor brukervalgsreform som påla alle landets kommuner å legge til rette for brukervalg. I 2012 hadde 95 prosent av danske kommuner innført fritt brukervalg innen hjemmehjelpstjenester. Sverige innførte i 2009 lov om valgfrihetssystem (LOV), som er frivillig for kommunene å innføre. Loven skal gjøre det enklere for de kommunene som ønsker det, å innføre fritt brukervalg i ulike kommunale sektorer. Etter tilretteleggelsen av dette sentrale føringssystemet for fritt brukervalg økte ordningen markant i omfang. Antall kommuner i Sverige med fritt brukervalg gikk fra 10 prosent i 2007, til hele 52 prosent i 2012 (NHO, 2013).

Fritt brukervalg trenger ikke begrenses kun til hjemmetjenester. I 2012 hadde om lag halvparten av alle norske kommuner innført friere brukervalg på ulike områder av kommunal tjenesteproduksjon. Larvik kommune har siden 2003 hatt fritt brukervalg innen skolesektoren. Samme år ble deler av hjemmetjenestene i Oslo og Bærum åpnet opp for brukervalg (Kommunal- og regionaldepartementet, 2005). Fritt brukervalg er for det meste innført innen praktisk bistand i de kommunene som har valgt å tilby ordningen. Dette kommer av at praktisk bistand er en mindre komplisert tjeneste som består av mindre komplekse arbeidsoppgaver sammenlignet med hjemmesykepleie som stiller høyere krav til faglig kompetanse. Praktisk bistand er også regulert av et mindre omfattende lov- og forskriftsverk og krever derfor mindre oppfølging og tilsyn enn hjemmesykepleie. I 2012 hadde kun tre kommuner fritt brukervalg for hjemmesykepleie, mot totalt 17 kommuner som

hadde innført ordningen på praktisk bistand. Oslo og Bergen hadde, som de eneste to kommunene, også innført fritt brukervalg for valg av sykehjemsplass (NHO, 2013).

4.5.1 Fordeler

Et av argumentene som brukes for fritt brukervalg er at valgfrihet i seg selv kan anses som et gode. I stedet for at kommunen velger for brukeren, regnes det som en bedre løsning at brukeren selv velger tjenesteyter. Dette fører til en ansvarliggjøring av brukeren og brukerens situasjon, da han selv må foreta et valg for å øke sin egen nytte. Dette kan igjen føre til en økt følelse av selvbestemmelsesrett og kontroll som igjen kan bidra til å øke egenverdifølelsen.

Brukervalg stimulerer til konkurranse mellom ulike tilbydere ved at brukerne aktivt velger den leverandøren de opplever at leverer den beste tjenesten (Sunnevåg, 2003). Utførere som velger å gjennomføre kostnadsinnovasjoner som går utover kvaliteten, vil dermed bli straffet for dette ved at brukerne vil bytte til en annen utfører. Fritt brukervalg gir insentiver til både offentlig og private utførere om å levere tjenester til best mulig kvalitet, slik at de beholder så mange som mulig av brukerne. Det vil også være avgjørende, særlig for de private tilbyderne, at de har et godt rykte blant brukerne i kommunen. Et godt rykte kan bidra til at utførerne tiltrekker seg flere brukere og dermed øker brukermassen sin. Dette vil ytterligere forsterke insentivet om å levere tjenester av høy kvalitet. Ved fritt brukervalg vil derfor offentlige og private utførere konkurrere om kvaliteten i tjenestene, ikke prisen. Fritt brukervalg kan med dette føre til økt service i tjenesteutførelsen, og en økt brukervennlighet da utførerne vil være opptatt av å beholde sine brukere (KS, 2013). Dette kan føre til at brukervalg vil åpne opp for en større grad av personlig tilpasning av tjenestene. Dersom kommunens organisering av ordningen tillater det, vil det også muliggjøre kjøp av tilleggstjenester fra de private leverandørene eller fra kommunen selv. Dermed vil det totale tilbudet av hjemmetjenester til brukerne øke, noe som kan skape økt nytte blant brukerne av hjemmetjenester. Ved å bryte ned det kommunale monopolet for tjenesteyting kan brukervalg bidra til å skape et større mangfold i tjenestetilbudet.

I avviklingen av det kommunale monopolet for tjenestene vil nye tjenesteutøvere kunne se markedet med nye øyne og kunne se nye muligheter og en ny utvikling av tjenestene. Brukervalg kan dermed bidra til innovasjon i tjenestene som også kommunen kan implementere i sitt tilbud. Selve prosessen med å innføre brukervalg i kommunen kan ha

positive virkninger. Kommunen må konkretisere og tydeliggjøre hjemmetjenestenes omfang og kostnad, noe som kan medføre et økt fokus på hvilken kvalitet som skal leveres i tjenestene til brukerne. På sikt kan dette bidra til effektivisering av kommunenes egne tjenester og en økonomisk gevinst.

4.5.2 Ulemper

Kritikken mot brukervalg i hjemmetjenestene, og omsorgssektoren generelt, går særlig ut på at en del av brukerne er så skrøpelige at de ikke er i stand til å orientere seg i tilbudet av leverandører og således ikke er i stand til å foreta et selvstendig valg som ivaretar egne interesser i et brukervalgssystem. De ulike tilbyderne av hjemmetjenester skiller seg ofte lite fra hverandre i måten de representerer seg på, og det kan derfor være utfordrende for enkelte brukere å foreta et valg av utfører. Dette vil være særlig gjeldende for brukere med kognitiv svikt, brukere som er ensomme og ikke har et pårørendeapparat å rådføre seg med og for brukere som generelt har problemer med å orientere seg (KS, 2013).

Et annet punkt som også trekkes frem ved kritikken av fritt brukervalg er at jo større andel av brukerne som velger private utførere, desto mindre del vil tjenestetilbudet hos kommunen selv utgjøre. Dette kan føre til at kommunen ikke vil ha kapasitet til å ta over brukerne dersom en privat utfører trekker seg fra markedet. Brukervalg vil også innebære en endring av forholdet mellom bruker og kommune i retning av et mer kunde-leverandør forhold. Hvorvidt dette er et viktig punkt i kritikken av ordningen kan diskuteres.

Mye tyder derfor på at ordningen med fritt brukervalg egner seg minst for de mest skrøpelige eldre da de kan ha vanskeligheter med å orientere seg i tilbudet av tjenester. Fra en leverandørs synspunkt er ordningen også mer usikker fordi leverandøren risikerer å miste (døde eller misfornøyde) brukere på kort varsel. Forskning viser også at det er relativt få som benytter seg av muligheten til å bytte leverandør dersom de er misfornøyde, men det er uklart hva dette skyldes. Det kan være fordi brukeren er fornøyd, men også fordi de kan synes det er slitsomt å bytte leverandør og person som skal hjelpe (Bogen, 2011).

4.5.3 Fritt brukervalg i Oslo kommune

Oslo kommune var en av de første kommunene til å prøve ut ordningen med fritt brukervalg og er den kommunen som har den lengste og mest omfattende erfaringen med brukervalg

innen hjemmetjenester. Av den grunn fungerer Oslo som en slags foregangskommune for andre kommuner som vurderer å innføre fritt brukervalg innen hjemmetjenester. Jeg finner det derfor hensiktsmessig å gi en kort innføring i hvordan brukervalsordningen fungerer i Oslo, og kommunens og brukernes erfaringer med fritt brukervalg av hjemmetjenester.

Private utførere som ønsker å tilby hjemmetjenester for brukere i Oslo og være en del av brukervalsordningen, må søke kommunen om å få innvilget tjenestekonsesjon for å få tillatelse til dette. Konsesjonsbevillingen varer i et visst antall år, der det er spesifisert en kontrakt mellom privat aktør og kommunen. Når konsesjonstiden har utløpt, utlyser kommunen et nytt konkurransegrunnlag, og de private leverandørene må igjen søke om å få innvilget tjenestekonsesjon. For hver konsesjonsperiode utarbeides en prismodell som legger grunnlaget for betalingen og fortjenesten til leverandørene, i tillegg til en rekke organisatoriske krav og krav til kvalitet på tjenestene som leveres. Leverandørene velger å søke om å få innvilget tjenestekonsesjon for praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie, og også i hvilke bydeler de vil tilby sine tjenester, og definerer selv hvor mange timer de forplikter seg til å levere. Oslo kommune rapporterer om at innføringen av fritt brukervalg ikke har ført til at kostnadene forbundet med tjenesteomfanget, har økt. Kommunens transaksjonskostnader har økt, men dette veies opp for ved at bydelene har fått bedre kontroll og oversikt over sine kostnader (KS, 2013).

Brukerundersøkelsen fra 2012¹⁰ gjennomført av helseetaten i Oslo kommune, viser at hele 96 prosent av hjemmetjenestens brukere er ”svært” eller ”noe fornøyd” med at de har mulighet til å velge leverandør av tjenesten.

Brukervalg innen praktisk bistand i Oslo kommune

I 2003 ble det startet et prøveprosjekt med brukervalg innenfor praktisk bistand i en av kommunens bydeler. Bydelen tok selv initiativ til å prøve ut ordningen. Fra 2006 har alle bydelene i kommunen innført fritt brukervalg innen praktisk bistand. En gjennomgang av ulike brukerundersøkelser fra disse årene viser at tjenestene har hatt en positiv kvalitetsutvikling. I 2007 og 2008 oppgir 78 prosent av alle brukerne av praktisk bistand at de i noe eller større grad er fornøyd med kvaliteten på tjenestene som leveres. I 2012 hadde denne andelen økt til 83 prosent. De private leverandørene ligger i gjennomsnitt litt høyere

¹⁰ Det ble ikke gjennomført brukerundersøkelse i 2013. Brukerundersøkelsen er tilgjengelig på helseetaten sine hjemmesider.

enn kommunen når det gjelder total tilfredshet hos brukerne, men forskjellene er små. I all hovedsak kan det virke som om forskjellene var mer i favør de private tilbyderne ved innføringen av ordningen, men at denne kvalitetsforskjellen har utjevnet seg. Dette kan tyde på at innføringen av fritt brukervalg har ført til en kvalitetsforbedring hos offentlig utfører.

I mars 2014 leverte 9 private firmaer praktisk bistand til 29,1 prosent av mottakerne i Oslo kommune. Gjennomsnittlig vedtakstid for brukerne ligger rimelig jevnt hos offentlig og private utførere, med et gjennomsnitt på 6,09 timer for offentlig utfører og 5,90 timer hos de private utførerne (Helseetaten, 2014).

Brukervalg innen hjemmesykepleie i Oslo kommune

Fra 2011 tilbyr alle bydelene i Oslo kommune fritt brukervalg for hjemmesykepleie. Dette innebærer at brukere kan velge mellom minst 3 tilbydere av hjemmesykepleie. I og med at det ikke ble gjennomført noen brukerundersøkelse i 2013 er datagrunnlaget tynt for å trekke noen konklusjoner omkring brukertilfredshet etter innføringen av brukervalg i hjemmesykepleien. Erfaringer fra bydel Vestre Aker, som har hatt fritt brukervalg for hjemmesykepleie siden 2006 viser at ordningen har ført til økt brukertilfredshet. Det fremgår at nesten tre av fire brukere er positive til fritt brukervalg og opplever en økt følelse av valgfrihet. Resultatene tyder på en positiv utvikling av kvaliteten på hjemmesykepleietjenestene. Også på denne delen av hjemmetjenestene kommer de private leverandørene bedre ut hva gjelder kundetilfredshet. 80 prosent av brukere med privat tjenesteyter oppgir at de opplever at tjenesten har blitt bedre etter innføringen av brukervalg mot 48 prosent av brukerne med kommunal tjenesteyter (Gautun, Bogen og Grødem, 2013).

I mars 2014 viser statistikk Oslo kommune at 6 private utførere tilbyr hjemmesykepleie på dag/aften, mens kun en privat utfører leverer hjemmesykepleie om natten (Helseetaten, 2014). Av mottakerne av hjemmesykepleie om dagen/aftenen leverer de private utførerne tjenester til 6,7 prosent av mottakerne. Den ene private utføreren som tilbyr hjemmesykepleie om natten, leverer tjenester til 4,6 prosent av mottakerne av hjemmesykepleie om natten. De private utførerne har en gjennomsnittlig vedtakstid på levering av hjemmesykepleie om dagen på 25,16 timer, mens offentlig utfører har 14,66 timer. Den private utføreren som leverer hjemmesykepleie om natten, har en gjennomsnittlig vedtakstid på 30,46 timer hos brukerne, mot 11,81 timer hos offentlig utfører. Den vesentlig høyere vedtakstiden hos

brukerne av private utførere kan tyde på brukere med et omfattende bistandsbehov velger privat utfører fremfor offentlig utfører.

4.5.4 Sammenfatning av fritt brukervalg i Oslo

Brukervalgsordningen i Oslo har ført til at kvaliteten på hjemmetjenestene har økt både i kommunen og hos de private leverandørene. Hver leverandør må levere god kvalitet i tjenesteutførelsen dersom de skal kunne beholde brukerne og kunne oppnå et volum som er viktig for å kunne drive effektive tjenester. Ved at prisen allerede er satt for tjenesteutførelsen, har ikke utførerne anledning til å konkurrere på pris. Konkurransen dreier seg derfor heller om å levere tjenester til best mulig kvalitet slik at man beholder de brukerne man allerede har, samtidig som man opparbeider seg et godt rykte og dermed kan tiltrekke seg nye brukere. Konsesjonsordningen sikrer kommunen at de private utførerne oppfyller de krav som kommunen spesifiserer. Private utførere ligger høyere enn offentlig utfører på kvalitetsoppfattelsen hos brukerne, men dette er et skille som er i ferd med å bli mindre.

5 Oppsummering og konklusjon

Jeg har i denne oppgaven analysert utførerspørsmålet ved leveringen av hjemmetjenester ved hjelp av et kontraktsteoretisk rammeverk utarbeidet av Hart m.fl. (1997). Offentlig og privat utfører vil ha ulike insentiver til å gjennomføre endringer i utførelsen av tjenestene, utover det som er konkretisert i basiskontrakten med bestilleren. Endringene kan innebære en kostnadsreduksjon eller en kvalitetsforbedring og muliggjøres av at bestiller og utfører vil inngå ufullstendige kontrakter. Hovedforskjellen mellom de ulike utførermodellene ligger i hvem som har myndigheten til å bestemme disse endringene. Eieren av de residuale kontrollrettighetene spiller således en viktig rolle i forklaringen av offentlig og privat utførers ulike insentiver til gjennomføre disse endringene. Privat utfører vil generelt ha sterkere insentiver til å forbedre kvaliteten på tjenestene og gjennomføre kostnadsreduserende endringer enn offentlig utfører. Dersom kostnadsreduksjonen ikke medfører store konsekvenser for kvaliteten i tjenestene vil derfor privat utfører være det optimale valget av utfører. Men dersom den potensielle kvalitetsreduksjonen er stor, vil offentlig utførers svakere insentiver til å gjennomføre kostnadsreduksjonen være ideelt.

Modellen som presenteres av Hart m.fl. (1997), passer ikke perfekt for analysen av hjemmetjenester, men passer heller ikke dårlig. Forfatternes tolkninger og antagelser rundt noen av parameterne medfører en del problemer for gyldigheten for hjemmetjenester, deriblant forfatternes diskusjon av λ . Ved å utvide tolkningen av disse parameterne får modellen en større relevans for leveringen av hjemmetjenester. Mottakerne av hjemmetjenester vil i større grad enn brukerne av institusjonsbaserte omsorgstjenester være i stand til å vurdere kvaliteten i tjeneste som utføres. Kommunenes behovsprøvde vedtaksordning fungerer som en tydeliggjøring av tjenesteutførelsen og innsnevrer utførerens mulighetsområde til å foreta endringer i tjenesteutførelsen. Kostnadsreduksjoner vil i all hovedsak foregå i logistikken rundt tjenestene, og konsekvensene overfor brukerne er derfor svært liten. Det kan til og med medføre positive konsekvenser for brukerne. Kvalitetsforbedringer kan i større grad bidra til at brukerne får en økt følelse av medbestemmelsesrett.

Jeg synes debatten rundt utførerspørsmålet i offentlig sektor er svært interessant. Omsorgstjenestene vil møte utfordringer i fremtiden som krever at de driftes på en effektiv

måte, samtidig som de skal levere tjenester av tilstrekkelig kvalitet. Jeg synes det er synd at debatten hittil har vært såpass farget av politisk tilhørighet. En del av løsningsprofilen i omsorgstjenestenes møte med fremtidens utfordringer kan være å inkludere ulike former for markedsmekanismer i tilbudet av tjenester. En ordning som fritt brukervalg stimulerer til konkurranse basert på kvaliteten hos de ulike utførerne og vil ikke føre til annen endring hos mottakerne enn utvidede valgmuligheter. Samtidig kan kommunens arbeid med konkurransegrunnlaget og prosessen med å skille mellom kommunens to roller som bestiller og utfører medføre gevinster for kommunen selv. Erfaringene fra Oslo kommune viser at brukervalgsordningen ikke eliminerer kommunen selv som offentlig utfører og heller ikke har ført til at utgiftene forbundet med levering av hjemmetjenester har økt. Konkurransen om brukerne har ført til bedre kvalitet i tjenesteutførelsen både hos offentlig og private utførere og som en følge av dette har brukerundersøkelsene vist at brukernes tilfredshet har økt. Fritt brukervalg for hjemmetjenester virker derfor på meg som en god løsning på utførerspørsmålet. Dette synet virker det også som våre skandinaviske naboland deler da de har kommet mye lenger i utbredelsen av ordningen innen ulike offentlige sektorer. Norge har en lang vei å gå for å nå igjen denne utviklingen. Dersom man skal satse på denne løsningsprofilen vil det være naturlig å utvikle sentrale føringslinjer, noe i retning Sveriges LOV, som kommuner kan bruke ved innføringen av fritt brukervalg. Det fremstår for meg som svært merkelig at det ikke eksisterer tilsvarende lovmessige retningslinjer i norsk kommunesektor.

Brukervalgsordningen har kommet for å bli. Å skulle frata innbyggere i kommuner som har innført brukervalg, valgmuligheter er en utopisk tanke. Kommunenes utfordringer i fremtiden er derfor etter min oppfatning, hvordan de på best mulig måte skal forvalte tildelte midler og fatte de riktige vedtakene for tildeling av tjenester i omsorgstrappen på en god og forsvarlig måte til det beste for innbyggerne.

Referanseliste

- Arbeids- og administrasjonsdepartementet. (2000) *Bør offentlig sektor eksponeres for konkurranse? En gjennomgang av nasjonale og internasjonale erfaringer*. NOU 2000:19. Oslo, Statens forvaltningstjeneste.
- Bogen, H. (2011) *Privat drift av omsorgstjenester. Gjennomgang av nyere forskning*. FAFO-rapport 2011:22. Oslo, FAFO.
- Fjellandsbø, B. O. (17.01.2013) *Kommunene kan frigjøre 15 milliarder* [Internett], Oslo, NHO Service. Tilgjengelig fra: <http://www.nhoservice.no/article.php?articleID=4115&categoryID=255> [Lest 16.02.2014].
- Gautun, H., Bogen, H. og Grødem, A.S. (2013) *Konsekvenser av konkurranseutsetting. Kvalitet, effektivitet og arbeidsvilkår i sykehjem og hjemmetjenester*. Fafo-rapport 2013:24. Oslo, Fafo.
- Gautun, H. og Hermansen, Å. (2011) *Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. Fafo-rapport 2011:12. Oslo, Fafo.
- Hart, O. (1995) *Firms, Contracts and Financial Structure*. Oxford, Clarendon Press.
- Hart, O., Shleifer, A. og Vishny, R.W. (1997) *The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prison*. Quarterly Journal of Economics, 112(4), 1127-1161.
- Helseetaten. (17.april 2013) *Brukerundersøkelse i hjemmetjenesten 2012*. [Internett], Helseetaten Oslo Kommune. Tilgjengelig fra: <http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Helseetaten%20%28HEL%29/Internett%20%28HEL%29/Dokumenter/Brukerundersøkelse%20i%20hjemmetjenesten%202012.pdf> [Lest 8.april 2014].
- Helseetaten. (31.mars 2014) *Statistikk brukervalg*. [Internett], Helseetaten Oslo Kommune. Tilgjengelig fra: http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/eldre/hjemmetjenester/statistikk_brukervalgsordningen/ [Lest 7.mai 2014].
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006) *Mestring, muligheter og mening. Fremtidens omsorgsutfordringer*. Meld.St.25 (2005-2006). Oslo, Departementenes servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010) *Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren*. NOU 2010:13. Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011) *Innovasjon i omsorg*. NOU 2011:11. Oslo, Statens forvaltningstjeneste.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013) *Morgendagens omsorg*. Meld.St.29 (2012-2013). Oslo, Departementenes servicesenter.
- Hjelmekrekke, S., Løland, K., Møller, G. og Vardheim, I. (2011) *Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren*. TF-rapport nr. 280. Bø, Telemarksforskning.
- KS. (2011) *Utredning av autorisasjonsordningene*. Rapport utarbeidet av Kluge Advokatfirma AS. Oslo, KS.
- KS. (2013) *Friere brukervalg i hjemmetjenesten*. KS FoU prosjekt nr.124016. Rapport utarbeidet av Fürst og Høverstad ANS. Oslo, KS.
- Lindqvist, E. (2010) *Contracting out credence goods: Evidence from Residential Youth Care*. Stockholm, IFN.
- NHO Service. (2012) *Status for valgfrihet i eldreomsorgen i Skandinavia*. Oslo, Næringslivets Hovedorganisasjon.
- NHO Service. (2013) *Statistikk og trender*. Oslo, Næringslivets Hovedorganisasjon.
- Romøren, T.I. (2007) *Kommunale hjemmetjenester- fra eldreomsorg til "yngreomsorg"?* Aldring og livsløp 01/2007. Oslo, Fagbokforlaget AS.
- SSB. (2012) *Pleie- og omsorgsstatistikk 1962-2010*. Rapport 10/2012. Oslo, Statistisk Sentralbyrå.
- SSB. (2013) *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Oslo, Statistisk Sentralbyrå.
- SSB. (2013) *Pleie- og omsorgstjenesten 2012. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Rapport 43/2012. Oslo, Statistisk Sentralbyrå.
- Sunnevåg, K. J. (2003) *Kommunal tjenesteyting og friere brukervalg*. SNF-rapport 29/2003. Bergen, Samfunns- og næringslivsforskning.
- Øien, H. (2013) *Do Local Governments Respond to (Perverse) Financial Incentives in Long-Term Care Funding Schemes?* The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy. 14(2), 525–549.

Annen litteratur

Liste over litteratur som har vært nyttig bakgrunnsstoff for oppgaven, men som ikke er direkte referert til i oppgaven.

- Borchgrevink, H. (2003) *Privatisering og konkurranseutsetting i offentlig sektor med sykehjemssektoren som et eksempel*. Masteroppgave, Universitetet i Oslo.
- Brevik, I. (2010) *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007*. NIBR-rapport 2010:2. Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Daatland, S. og Veenstra, M. (2012) *Bærekraftig omsorg. Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. NOVA rapport 2/12. Oslo, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Gautun, H., Grødem, A.S. og Hermansen, Å. (2012) *Hvordan fordele omsorg? Utfordringer med å prioritere mellom eldre og yngre brukere*. Fafo-rapport 2012:62. Oslo, Fafo.
- Gautun, H. og Syse, A. (2013) *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antall pasienter som skrives ut fra sykehusene?* NOVA rapport 8/2013. Oslo, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005) *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. NOU 2005:3. Oslo, Statens forvaltningstjeneste.
- Hermansen, Å. (2011) *Organisering og eierformer innen pleie- og omsorgssektoren*. Fafo rapport 2011:14. Oslo, Fafo.
- Huseby, B.M. og Paulsen, B. (2009) *Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden?* Trondheim, SINTEF helseforskning.
- Kommunal- og regionaldepartementet. (2005) *Frihet til å velge – brukervalg i kommunal tjenesteyting. En veileder basert på erfaringene til et nettverk av norske kommuner 2002-2004*. Oslo, Departementenes servicesenter.
- Moderniseringsdepartementet. (2007) *Brukervalg og konkurranseutsetting. Hvordan sikre best mulig tjenester for innbyggerne?* Oslo, Departementenes servicesenter.
- Nesheim, T. og Vathne, K. (2000) *Konkurranseutsetting og bestiller-utfører organisering i norske kommuner*. SNF-rapport nr. 59/2000. Bergen, Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning.

NHO Service. (2007) *Status for valgfrihet i omsorgssektoren i Skandinavia*. Oslo, Næringslivets Hovedorganisasjon.

NHO Service. (2013) *Sykehjemssdrift i Oslo – effekten av konkurranse*. Oslo, Næringslivets Hovedorganisasjon.